



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



**RAPPORT DE CERTIFICATION  
CENTRE HOSPITALIER  
GEORGES MAZURELLE**

Rue d'aubigny  
Hopital sud  
85000 La Roche-Sur-Yon  
AVRIL 2017

# SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION</b>	2
1. LES OBJECTIFS DE LA CERTIFICATION	2
2. LA CERTIFICATION V2014	2
3. LES NIVEAUX DE CERTIFICATION	3
<b>LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT</b>	4
1. LEXIQUE DES TERMES UTILISÉS	4
2. LES FICHES PAR THÉMATIQUE	5
<b>PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT</b>	6
<b>DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE</b>	10
1. DÉCISION DE CERTIFICATION	10
2. AVIS PRONONCÉS SUR LES THÉMATIQUES	10
3. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE	10
4. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	10
5. SUIVI DE LA DÉCISION	10
<b>PROGRAMME DE VISITE</b>	11
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	11
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	11
<b>PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE</b>	12
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	13
DROITS DES PATIENTS	18
PARCOURS DU PATIENT	23
DOSSIER PATIENT	30
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	35

# INTRODUCTION

## 1. Les objectifs de la certification

La certification mise en œuvre par la Haute Autorité de santé a pour objet d'évaluer la qualité et la sécurité des soins dispensés et l'ensemble des prestations délivrées par les établissements de santé. Elle tient compte notamment de leur organisation interne et de la satisfaction des patients.

Il s'agit d'une procédure obligatoire qui intervient périodiquement tous les 4 ans.

La certification consiste en une appréciation globale et indépendante de l'établissement afin de favoriser l'amélioration continue des conditions de prise en charge des patients. Elle s'attache plus particulièrement à évaluer l'existence et la maturité de projets relatifs à la qualité et à la sécurité et en conséquence, la capacité de l'établissement à identifier et maîtriser ses risques et à mettre en œuvre les bonnes pratiques.

Pour conduire son évaluation, la Haute Autorité de santé se réfère à un référentiel qu'elle a élaboré : le Manuel de certification publié sur son site internet. La version du Manuel de certification applicable est celle en vigueur à la date de la visite.

Si elle ne se substitue pas aux inspections et contrôles de sécurité sanitaire diligentés par les autorités de tutelle, la certification fournit aux ARS une évaluation externe qualifiée sur le niveau de maturité des différentes composantes de la qualité et de la sécurité des soins des établissements de santé.

Elle est une certification globale et non une certification de toutes les activités de l'établissement. En effet, le dispositif mis en place (référentiel général, visite non exhaustive, experts-visiteurs généralistes) porte sur le fonctionnement global de l'établissement et n'a pas vocation à analyser spécifiquement le fonctionnement de chaque secteur d'activité.

## 2. La certification V2014

Le développement d'une démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité dans les établissements de santé nécessite une étape première de développement d'une culture partagée et d'une maîtrise des processus transversaux clés pour la qualité et la sécurité des soins.

Avec la V2014, la certification évalue :

- l'existence d'un système de pilotage de l'établissement pour tout ce qui a trait à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et des prises en charge dans chacun des secteurs d'activité ;
- les résultats obtenus mesurés par l'atteinte d'un niveau de qualité et de sécurité sur des critères jugés essentiels à savoir les « pratiques exigibles prioritaires » (PEP).

Ce double regard permet à la certification de s'adapter aux diverses situations des établissements et offre à ces derniers un diagnostic régulier favorisant l'actualisation des plans d'actions d'amélioration, tant sur les aspects managériaux que sur les aspects opérationnels.

Pour la V2014, la HAS a choisi une approche par thématique. Une liste de thématiques a été établie qui fait la correspondance avec les critères du Manuel de certification.

Pour chaque établissement, la Haute Autorité de santé établit un programme de visite comprenant :

1. Des audits sur :

- des thématiques communes à tous les établissements de santé ;
- des thématiques spécifiques à l'établissement définies par la HAS après analyse du compte qualité de l'établissement, du document d'interface HAS-établissement-Tutelles et de toute autre information dont elle a eu connaissance.

• et, par exception, sur des thématiques supplémentaires ajoutées en visite dans le cas où un dysfonctionnement est observé sur une thématique non inscrite au programme initial de visite.

2. Des investigations selon la méthode du patient-traceur : cette dernière permet d'évaluer la prise en compte des critères de la certification dans le registre de la prise en charge réelle d'un patient.

Le présent rapport rend compte de l'évaluation réalisée par les experts-visiteurs sur l'existence d'un système de pilotage de l'établissement pour ce qui a trait à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et des prises en charge dans chacun des secteurs d'activité (avec une obligation de résultat sur des critères jugés prioritaires - les PEP) ainsi que sur la maturité des démarches qualité risques, en particulier leur déploiement au plus près des équipes et de la prise en charge des patients.

Etabli après une phase contradictoire avec l'établissement, le rapport de certification est transmis à l'autorité de tutelle. Il est rendu public.

### 3. Les niveaux de certification

Sur chaque thématique investiguée en visite, la Haute Autorité de santé peut prononcer :

- des recommandations d'amélioration,
- des obligations d'amélioration,
- des réserves.

Les recommandations d'amélioration, les obligations d'amélioration et les réserves traduisent le niveau de maturité de chaque thématique évaluée c'est-à-dire la capacité de l'établissement à maîtriser les risques identifiés, à atteindre les objectifs de la thématique et à fonctionner selon un dispositif d'amélioration continue. La maturité de chaque thématique est fondée sur les conformités et écarts identifiés au cours de la visite de certification, pour chaque sous-étape du « PDCA » ; l'ensemble répondant à la définition d'un niveau de maturité objectivé dans une grille de maturité établie par la HAS.

Dans certaines situations, les recommandations d'amélioration, les obligations d'amélioration et les réserves peuvent traduire l'existence d'une situation à risque pour les personnes non maîtrisée par l'établissement.

Au final, la HAS décide, les niveaux de certification suivants :

- une décision de certification (A),
- une décision de certification assortie d'une ou plusieurs recommandations d'amélioration (B) sur les thématiques investiguées en visite,
- une décision de certification assortie d'une ou plusieurs obligations d'amélioration (C) (et d'éventuelles recommandations d'amélioration) sur les thématiques investiguées en visite,
- une décision de non-certification (E).

La HAS peut également décider de surseoir à statuer pour la certification (D) en raison de réserves sur les thématiques investiguées en visite, ou d'un avis défavorable à l'exploitation des locaux rendu par la commission qui en est chargée dans chaque département.

# LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT

## 1. Lexique des termes utilisés

Audit de processus : <i>Sigle AP</i>	Méthode qui consiste à évaluer le management, l'organisation et la mise en œuvre effective d'un processus (une des thématiques V2014) afin de mesurer sa conformité aux exigences et sa capacité à atteindre les objectifs. Mené selon la logique du « PDCA », l'audit de processus analyse les contributions respectives des responsables du processus et des acteurs de terrain, la manière dont le management mobilise les équipes opérationnelles, mais également la capacité des équipes opérationnelles à rétroagir sur les pilotes du processus.
Conformité	Satisfaction à une exigence portée par la thématique et référencée au manuel.
Ecart	Non satisfaction d'une exigence portée par la thématique et référencée au manuel. Chaque écart est étayé d'une preuve et de sa source.
Élément d'investigation obligatoire	Élément-clé d'une thématique nécessitant une investigation obligatoire par l'expert-visiteur et une mention systématique dans le rapport qu'il s'agisse d'une conformité ou d'un écart.
Maturité	Traduction, pour chacune des sous-étapes du PDCA des thématiques investiguées, du niveau atteint par l'établissement dans la maîtrise de la définition et de la structuration de son organisation, de la mise en œuvre opérationnelle et de la conduite des actions d'évaluation et d'amélioration. On distingue 5 niveaux de maturité : fonctionnement non défini, de base, défini, maîtrisé, optimisé.
Méthode PDCA <i>Sigle P / D / C / A</i>	Sigle représentant la Roue de Deming ou le cycle d'amélioration continue de la qualité : <ul style="list-style-type: none"> <li>- P = Plan : prévoir</li> <li>- D = Do : réaliser</li> <li>- C = Check : évaluer</li> <li>- A = Act : agir ou réagir</li> </ul>
Objectifs et programme de visite	Les objectifs de visite, établis en amont de la visite par la HAS, consistent à contextualiser les audits sur des thématiques communes à tous les établissements, motiver le choix des audits sur des thématiques spécifiques à l'établissement (1 à 3 audits) et définir les investigations selon la méthode du patient-traceur. Cela se traduit, pour chaque établissement, par l'élaboration d'un programme de visite.
Patient traceur : <i>Sigle PT</i>	Méthode d'évaluation rétrospective qui consiste, à partir d'un séjour d'un patient hospitalisé, à évaluer les processus de soins, les organisations et les systèmes qui concourent à sa prise en charge.
Preuve	Justification de l'écart, c'est-à-dire ce qui a été observé ou entendu au travers des différents entretiens, visites terrain ou patient traceur.
Qualification des écarts	Niveau de criticité de l'écart identifié et conformité en synthèse collective. Il existe en 3 niveaux de qualification : <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Point sensible</u> : <ul style="list-style-type: none"> <li>o Ecart qui n'entraîne pas de risque direct pour le patient ou les professionnels.</li> <li>o Ou, écart qui n'entraîne pas de risque de rupture de système (par exemple, par manque d'antériorité, de structuration et/ou d'appropriation).</li> </ul> </li> <li>- <u>Non-conformité</u> : <ul style="list-style-type: none"> <li>o Ecart entraînant un risque direct pour le patient ou les professionnels</li> <li>o Ou, écart indiquant une rupture du système.</li> </ul> </li> <li>- <u>Non-conformité majeure</u> : <ul style="list-style-type: none"> <li>o Ecart indiquant des faits ou manquements mettant en jeu la sécurité des patients ou des professionnels de manière grave et immédiate et pour lequel il n'existe aucune mesure appropriée de récupération ou d'atténuation</li> <li>o Ou, absence ou défaillance totale du management d'une activité sur une thématique donnée.</li> </ul> </li> </ul>
Référentiel applicable	Exigences du manuel de certification, incluant la réglementation et les éléments issus du processus décisionnel de la HAS.

## 2. Les fiches par thématique

Chaque fiche est constituée de deux parties :

**2.1 La caractérisation générale** qui précise la problématique de la thématique. Cette partie, élaborée par la HAS, est identique pour tous les établissements de santé.

### 2.2 Les résultats de l'établissement :

- a. **Une représentation graphique** permet à l'établissement de visualiser son niveau de maturité à partir des colorations obtenues et d'évaluer sa marge de progrès.
- b. **Une synthèse générale sur le niveau de maîtrise de la thématique.** Rédigée selon les étapes du PDCA, elle présente les conformités et les écarts observés lors de l'audit processus et intègre le cas échéant, les constats des évaluations par patient-traceur.
- c. **Un tableau des écarts** qui recense l'ensemble des écarts relevés, tels qu'énoncés dans la synthèse. Chaque écart y est qualifié et rattaché au référentiel applicable. **Non publié**, ce tableau n'est à disposition que de l'établissement qui peut ainsi savoir précisément, ce qui doit être amélioré.

## PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

CENTRE HOSPITALIER GEORGES MAZURELLE	
Adresse	Rue d'aubigny 85000 La Roche-Sur-Yon
Département / région	VENDEE / PAYS DE LA LOIRE
Statut	Public
Type d'établissement	Centre Hospitalier

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
GCS de moyens	850000000	GCS RESEAU VENDEEN DE SANTE MENTALE	Ch george mazurelle Hopital sud 85026 LA ROCHE SUR YON
Entité juridique	850000092	CENTRE HOSPITALIER SPECIALISE G. MAZURELLE	Rue georges mazurelle 85026 La Roche-Sur-Yon
Etablissement de santé	850022518	CENTRE MEDICO-PSYCHOLOGIQUE-L'ILE D'YEU	34 rue du puits neuf 85350 L'Ile-D'Yeu
Etablissement de santé	850004417	CMP CATTP HDJ INFANTO-JUVENILE - LES SABLES D'OLONNE	39 rue printanière 85100 Les Sables-D'Olonne
Etablissement de santé	850020702	CENTRE MEDICO PSYCHOLOGIQUE ET ACCUEIL THERAPEUTIQUE - MONTAIGU	74 avenue villebois mareuil 85600 Montaigu
Etablissement de santé	850020611	CENTRE MEDICO PSYCHOLOGIQUE ET ACCUEIL THERAPEUTIQUE- LA ROCHE SUR YON	7 rue flandres dunkerque 85000 La Roche-Sur-Yon
Etablissement de santé	850011008	HOPITAL DE JOUR INFANTO-JUVENILE - LES HERBIERS	3 rue pierre de coubertin 85500 LES HERBIERS
Etablissement de santé	850021122	CENTRE DE SOINS PSYCHIATRIQUE SECTEUR SUD EST - LUCON	4 pl richelieu Centre hospitalier de secteur 85400 Lucon

Etablissement de santé	850006552	HOPITAL DE JOUR MERE- ENFANT	23 rue prunier 85000 La Roche-Sur-Yon
Etablissement de santé	850016833	CENTRE MEDICO- PSYCHOLOGIQUE-ACCUEIL THERAPEUTHIQUE ADULTES - LA ROCHE SUR YON	17 rue védrine 85000 La Roche-Sur-Yon
Etablissement de santé	850020637	CMP ADULTES - CH MAZURELLES	5 place du dr gaborit 85120 La Chataigneraie
Etablissement de santé	850016841	ATELIER LA SIMBRANDIERE	84 rue de la simbrandière 85000 LA ROCHE SUR YON
Etablissement de santé	850018466	HOPITAL DE JOUR, CENTRE MEDICO PSYCHOLOGIQUE ET ACCUEIL THER - LES HERBIERS	Chemin de bel air Les cytises 85500 Les Herbiers
Etablissement de santé	850025941	CHS MAZURELLE - HDJ CH FONTENAY	40 rue rabelais 85200 FONTENAY LE COMTE
Etablissement de santé	850020991	CENTRE MEDICO- PSYCHOLOGIQUE - NOIRMOUTIER EN L'ILE	R des sableaux Maison de retraite-beaurepaire 85330 Noirmoutier-En-L'Ile
Etablissement de santé	850000258	CENTRE HOSPITALIER GEORGES MAZURELLE	Rue d'aubigny Hopital sud 85000 La Roche-Sur-Yon
Etablissement de santé	850025636	CENTRE MEDICO PSYCHOLOGIQUE-LA ROCHE SUR YON	Rue de friedland Paul verlainé 85000 La Roche-Sur-Yon
Etablissement de santé	850020975	CENTRE MEDICO PSYCHOLOGIQUE ET ACCUEIL THERAPEUTHIQUE- LA CHATAIGNERAIE	32 rue gabriel briand 85120 La Chataigneraie
Etablissement de santé	850020629	CENTRE MEDICO PSYCHOLOGIQUE ET ACCUEIL THERAPEUTHIQUE- CHANTONNAY	7 rue collineau 85110 Chantonay
Etablissement de santé	850009218	HDJ / CMP ADULTES - CH MAZURELLE - FONTENAY LE COMTE	Rue ernest vignaux 85201 FONTENAY LE COMTE



Etablissement de santé	850025644	CENTRE MEDICO PSYCHOLOGIQUE-LES SABLES D'OLONNE	44 bd pasteur 85100 Les Sables-D'Olonne
Etablissement de santé	850016858	ATELIER LA FLEUR VERTE	10 rue maréchal foch 85000 LA ROCHE SUR YON
Etablissement de santé	850022542	CENTRE MEDICO PSYCHOLOGIQUE ET ACCUEIL THERAPEUTIQUE- LUCON	100 r des carrieres 85400 Lucon
Etablissement de santé	850021866	UNITE SOINS LONGUE DUREE DU C.H.S. LA ROCHE SUR YON	Route d'aubigny 85000 LA ROCHE SUR YON
Etablissement de santé	850018490	CMP ADULTES - CH MAZURELLE /SAINTE HERMINE	Route de nantes 85210 Sainte-Hermine
Etablissement de santé	850018375	HOPITAL DE JOUR, CMP ET ACCUEIL THERAPEUTIQUE- CHALLANS	Rue emilio segre Les charmettes 85300 Challans
Etablissement de santé	850017815	HOPITAL DE JOUR INFANTO- JUVENILE - LA ROCHE SUR YON	13 boulevard des etats-unis 85000 LA ROCHE SUR YON
Etablissement de santé	850006289	CMP CATTP TOULOUSE LAUTREC	19 rue du moulin rouge 85000 LA ROCHE SUR YON
Etablissement de santé	850021130	CENTRE MEDICO PSYCHOLOGIQUE ET ACCUEIL THERAPEUTIQUE- LES HERBIERS	3 rue pierre de coubertin 85500 Les Herbiers
Etablissement de santé	850011875	HOPITAL DE JOUR, CMP ET ACCUEIL THERAPEUTIQUE - MONTAIGU	12 rue de l'egault 85600 Montaigu
Etablissement de santé	850011883	CENTRE DE SOINS POUR ADULTES HOPITAL DE JOUR SECT SUD OUEST - LES SABLES D'OLONNE	70 rue printaniere 85100 Les Sables-D'Olonne
Etablissement de santé	850006594	C.A.T.T.P. ET C.M.P. - LA ROCHE SUR YON	80 rue louis lumiere 85000 La Roche-Sur-Yon

Etablissement de santé	850018441	CENTRE MEDICO- PSYCHOLOGIQUE - AIZENAY	11 route de challans 85190 Aizenay
Etablissement de santé	850016866	CMP L'ARC-EN-CIEL	Les oudairies 85000 LA ROCHE SUR YON
Etablissement de santé	850011917	HOPITAL DE JOUR ET CENTRE MEDICO PSYCHOLOGIQUE - CENTRE DE SOINS INFIRMIERS -	24 rue rabelais 85200 Fontenay-Le-Comte
Etablissement de santé	850020686	CENTRE MEDICO- PSYCHOLOGIQUE - LA ROCHE SUR YON	12 imp beausejour Le train bleu 85000 La Roche-Sur-Yon

Activités			
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de places d'hospitalisation partielle
Santé mentale	Psychiatrie générale	310	193
Santé mentale	Psychiatrie infanto-juvénile	44	117
SLD	SLD	25	/

**Secteur faisant l'objet d'une reconnaissance externe de la qualité** /

#### Réorganisation de l'offre de soins

Coopération avec d'autres établissements	/
Regroupement / Fusion	/
Arrêt et fermeture d'activité	/
Création d'activités nouvelles ou reconversions	/

# DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

## 1. Décision de certification

Au vu des éléments mentionnés dans le présent rapport, issus de la visite sur site, la Haute Autorité de santé décide :  
- la certification de l'établissement avec recommandation d'amélioration (B).

## 2. Avis prononcés sur les thématiques

### Recommandations d'amélioration

Management de la qualité et des risques  
Droits des patients  
Parcours du patient  
Dossier patient  
Management de la prise en charge médicamenteuse du patient

## 3. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

Les données relatives aux contrôles et inspections réalisés au sein de l'établissement ont été transmises par l'établissement et sont publiées au sein du présent rapport. Elles ont été visées par l'Agence Régionale de Santé.

## 4. Participation au recueil des indicateurs généralisés par la Haute Autorité de santé

La participation de l'établissement au recueil des indicateurs de la Haute Autorité de santé est effective.

## 5. Suivi de la décision

La Haute Autorité de santé appréciera au travers de la transmission du prochain compte qualité la démarche de management de la qualité et des risques de l'établissement.

Le prochain compte qualité sera transmis à la Haute Autorité de santé 24 mois après le précédent compte qualité.

# PROGRAMME DE VISITE

La Haute Autorité de santé a défini des objectifs de visite, établis sous forme d'une liste de thématiques à auditer et de patients-traceur à réaliser.

Seuls les audits de processus inscrits dans les objectifs de visite font l'objet du présent rapport.

Dans le cas où un dysfonctionnement est observé en cours de visite sur une thématique non inscrite au programme de visite, les experts-visiteurs peuvent conduire des investigations supplémentaires et ajouter cette thématique au programme.

## 1. Liste des thématiques investiguées

<b>MANAGEMENT</b>
Management de la qualité et des risques
<b>PRISE EN CHARGE</b>
Droits des patients
Parcours du patient
Dossier patient
Management de la prise en charge médicamenteuse du patient
<b>FONCTIONS SUPPORTS</b>

## 2. Liste des évaluations réalisées par la méthode du patient-traceur

<b>PT</b>	<b>Population</b>	<b>Secteurs d'activité / services</b>	<b>Pathologie</b>	<b>Mode d'entrée</b>	<b>Type de parcours</b>	<b>PEC</b>
1	Adulte	Santé Mentale - HC	Idées suicidaires et conduites addictives	Non Programmé	Complexe par les urgences + SDT	Santé mentale
2	Adolescent	Santé Mentale - HC	Troubles du comportement	Programmé	Simple	Santé mentale
3	Personne âgée	Soins de Longue Durée	Schizophrénie paranoïde	Programmé	Simple	SLD
4	Adulte	Santé Mentale - HJ	Psychose chronique	Programmé	Simple	Santé mentale
5	Adulte	Santé Mentale - HC	Etat délirant	Non programmé	Complexe avec MCI + SDRE	Santé mentale

## **PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE**

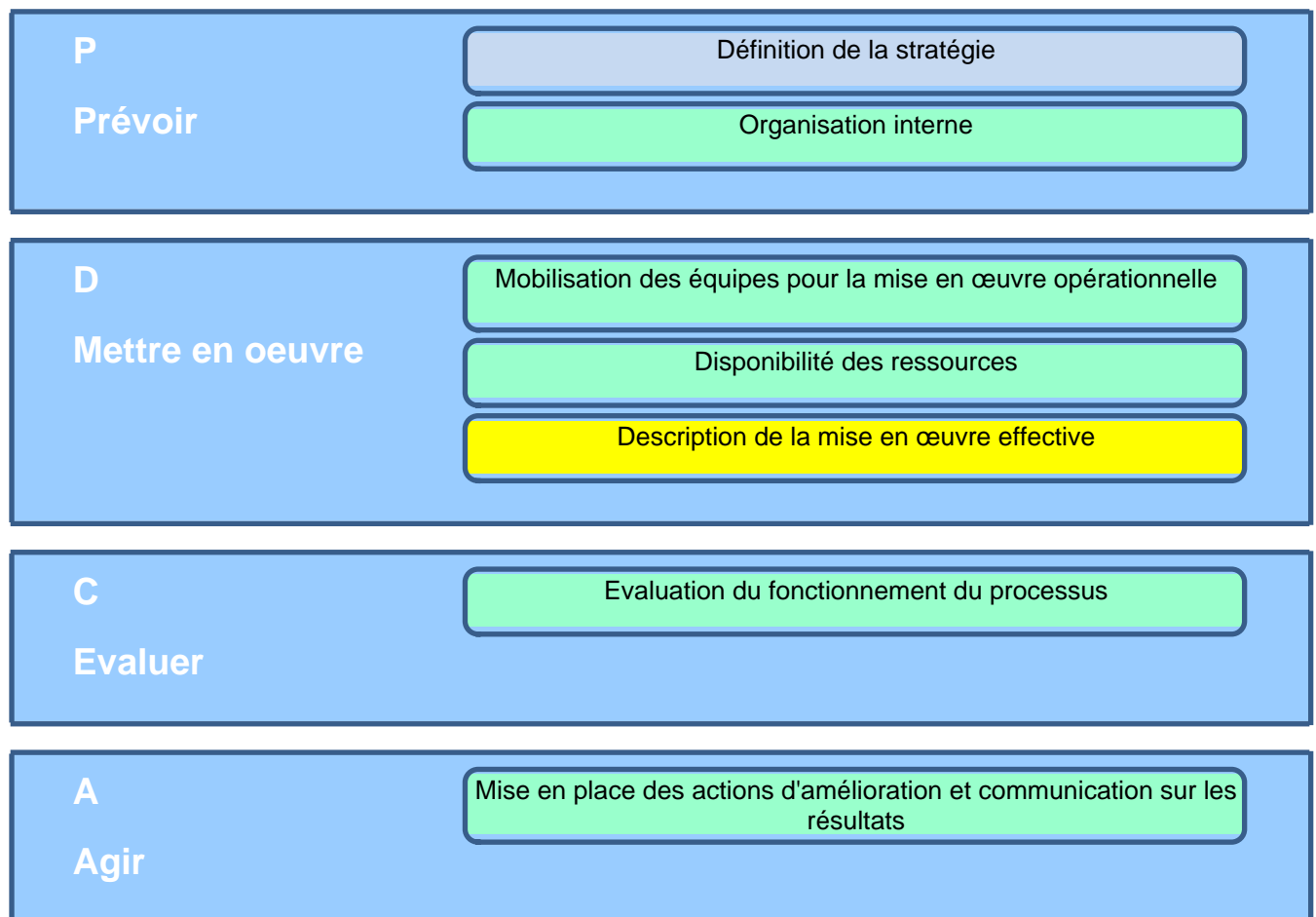
# MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

## 1. Caractérisation générale

L'évaluation de cette thématique vise à s'assurer que l'établissement a mis en place une démarche globale, collective, organisée et suivie de gestion de la qualité et des risques. L'établissement doit montrer que sa démarche n'est pas liée uniquement à des actions immédiates et correctives liées à des événements indésirables, une situation de crise ou à l'actualité, mais fondée sur une approche systémique de la qualité et des risques et intégrée au projet managérial. De plus, cette démarche globale doit intégrer la préparation aux situations sanitaires exceptionnelles dans le cadre du plan blanc.

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique



Non défini

Fonctionnement de base

Défini

Maitrisé

Optimisé

P / PRÉVOIR

**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

Il existe une politique d'amélioration de la qualité, de la gestion des risques et de la sécurité des soins 2014-2018 s'intégrant dans la politique générale. Elle s'inscrit dans le cadre du projet d'établissement du Centre Hospitalier dans le volet qualité et gestion des risques du parcours de soins et de la prise en charge des patients. Les principes sont soutenus par l'engagement de la direction et par le management avec l'implication des usagers.

La politique intègre notamment les obligations légales et réglementaires, la gestion de crise ainsi que la démarche de gestion des risques et plus particulièrement la gestion des risques à priori et à postériori.

Elle est élaborée sur la base des orientations nationales et européennes, des recommandations de la HAS, du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (2012/2017) et des résultats de la certification V2010.

La politique qualité et sécurité des soins, les objectifs et les fiches actions sont validés par les instances concernées (COFIL, Conseil de surveillance, CME). Elle est déclinée dans un programme annuel d'actions formalisé et priorisé, le "Programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ». Les ressources et modalités de suivi de la politique et du programme sont identifiées.

Les représentants des usagers contribuent à l'élaboration du programme d'amélioration de la qualité de l'accueil et de la prise en charge en participant aux réunions du COFIL et de la CRUQPEC.

La politique des Evaluations de Pratiques Professionnelles de 2011 est en cours d'actualisation ; elle s'inscrit dans le guide de la formation médicale continue et des évaluations des pratiques professionnelles (version 1 d'août 2016) en cours de validation suite à un regroupement des commissions DPC et EPP.

Le processus est établi en fonction de l'évaluation structurée des risques. Les risques intégrés au compte qualité ont été identifiés à partir d'audit de processus (grilles d'audit du Réseau qualité départemental) avec la contribution de la CSIRMT, COMEDIMS, CLIN, CLUD, CLAN et groupe EPP/DPC ou à partir d'auto évaluation selon le référentiel HAS V2010 pour le processus parcours patient et droits des patients. Des échelles de gravité, de fréquence et une grille de criticité (Diagramme de Farmer) ont permis la priorisation des risques du compte qualité.

Les mesures de traitements des risques sont arrêtées. Les objectifs d'amélioration sont élaborés à partir de l'identification des besoins, du contexte et de l'analyse des risques.

Le compte qualité est articulé avec le PAQSS institutionnel.

**ORGANISATION INTERNE**

Le CH Georges Mazurelle a établi une organisation pour piloter le processus Management de la qualité et des risques en intra comme en extra hospitalier. Un organigramme décrit la gouvernance de la démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins. Les missions du service qualité sont formalisées.

Le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins rattachée à la Direction des soins et de la qualité coordonne, en lien fonctionnel avec le président de la CME, le programme d'actions et travaille avec chaque instance et commission.

Le CH Georges Mazurelle a désigné un pilote pour chaque processus.

Les interactions des acteurs reposent sur des circuits définis et articulés entre eux (CME, management décisionnel, direction des soins, cadres supérieurs de santé, cadres de proximité, professionnels et référents dans les unités).

La cohérence des missions et des compétences est assurée. Les plans de formations 2015 et 2016 intègrent des actions de formation concernant des risques associés aux soins et risques professionnels et développement durable.

Au regard des besoins et risques identifiés, le CH Georges Mazurelle s'assure de l'existence des ressources humaines en termes d'effectifs tant pour le fonctionnement du système qualité que pour la réalisation des activités.

La Responsable Qualité assure l'organisation globale du système qualité en synergie avec l'encadrement qui a pour la majorité bénéficié d'une formation interne en qualité - gestion des risques. Les Cadres d'unités font partie de "l'équipe opérationnelle de coordination de la gestion des risques associés aux soins". Cette activité est décrite dans leur fiche métier.

Les ressources matérielles sont identifiées et allouées. Les locaux sont adaptés, ils ont été rénovés pour certains. Ils sont globalement équipés de manière à pouvoir répondre aux besoins des usagers et professionnels. Des projets sont à l'étude pour faciliter l'accessibilité du public (personnes handicapées).

Les ressources nécessaires au système qualité (saisie et analyse des questionnaires de satisfaction, logiciel de signalements des EI) sont opérationnelles.

Le dispositif de gestion documentaire est en place, accessible et adapté. L'accès à la documentation par intranet est privilégié pour garantir le recours aux documents en vigueur. Les ressources documentaires nécessaires aux activités de soins existent (procédures, protocoles). Leur production est assurée de manière structurée et ils sont mis à la disposition des équipes. Les documents sont diffusés et actualisés.

Les ressources informatiques nécessaires à la traçabilité des activités de soins sont allouées et

opérationnelles dans les pôles et fédérations. La maintenance du SI est opérationnelle.  
 La gestion des risques est organisée. Une partie des professionnels de l'établissement a participé à l'analyse des risques dans le cadre du compte qualité du CH Georges Mazurelle.  
 Le dispositif de gestion des évènements indésirables est approprié et opérationnel, il permet une analyse des causes notamment profondes, selon une méthodologie adaptée et associant les acteurs concernés, notamment les professionnels des services concernés par l'événement.  
 La gestion des plaintes et des réclamations est organisée et contribue au programme d'amélioration de la qualité de l'accueil et de la prise en charge, l'articulation avec la gestion des risques est effective.  
 Il existe une organisation pour les EPP qui s'appuie sur la commission DPC médical/EPP composée fin 2014 et modifiée.  
 La coordination des différentes composantes du système qualité et gestion des risques est organisée. La gestion des circuits et interfaces est organisé avec un système d'information qui facilite la coordination et la continuité de ces interfaces.  
 Des actions de communication sont organisées pour sensibiliser les professionnels sur les risques identifiés et sur le processus. Le CH Georges Mazurelle a impulsé cette dynamique visant à sensibiliser et impliquer les professionnels autour des démarches qualité et sécurité des soins. De même, les représentants des usagers participent activement à l'élaboration et la mise en œuvre de la démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins dans le cadre de la CRUQPC comme cela a été vérifié lors de la rencontre de ces représentants au cours de la visite.

## D / METTRE EN OEUVRE

### MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les audits de processus au cours de la visite de certification confirment que les plans d'actions institutionnels sont déclinés dans les pôles et dans les fédérations de l'établissement.  
 Le Directeur des soins et de la qualité organise des réunions bi mensuelles avec l'encadrement supérieur et l'encadrement de proximité afin d'impliquer l'encadrement dans la démarche qualité sécurité des soins et permettre la communication descendante.  
 Les cadres relaient la sensibilisation des professionnels à la déclaration des EI et les encouragent à déclarer par une approche responsable. Le circuit permet une analyse des causes notamment profondes, selon une méthodologie adaptée et associant les acteurs concernés, en particulier les professionnels des services concernés par l'événement. Les personnels déclarants sont pour la grande majorité issue des services de soins.  
 Néanmoins, les experts constatent un manque de maturité du développement de la culture qualité et sécurité dans certains secteurs d'activités. Lors des visites terrain et audits patients traceurs les experts ont constaté des disparités importantes concernant le niveau d'appropriation :  
 - des risques identifiés et des plans d'actions et des évaluations pour leur activité,  
 - du système de déclaration des évènements indésirables et de gestion documentaire informatisée.  
 Cela a été constaté lors des entretiens avec les responsables médicaux et non médicaux ainsi que les professionnels soignants.  
 Les cadres de santé sensibilisent les professionnels à la gestion documentaire.  
 Des référents, relais des différents comités (ex : référents pharmacie et matériel d'urgence, référents douleur), présents dans les pôles participent au relai d'information pour assurer la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues.  
 Des actions de suivi sont identifiées en cas de besoin, par exemple en cas de dysfonctionnements internes, de baisses de résultats et ou de variations des valeurs des indicateurs.  
 Les responsables des services ou structures sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés et sur le processus notamment par des actions de communication et d'informations en réunions. La démarche d'évaluation des risques a priori au sein des équipes de soins est appropriée et opérationnelle de façon très hétérogène selon les professionnels rencontrés. Cela a été constaté par les experts au cours des audits.  
 Chaque pôle ou fédération met en œuvre les organisations définies à l'échelle institutionnelle en fonction de ses propres spécificités.  
 Les professionnels médicaux et para médicaux des pôles gériatrique, psychiatrie adulte et pédopsychiatrie sont mobilisés autour de 13 EPP en cours au moment de la visites. Cependant, l'avancée de certaines EPP est freinée lorsque les pilotes ne font pas remonter les éléments à la cellule qualité.

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources humaines nécessaires à la qualité et à la sécurité des soins en termes de compétences et d'effectifs formés (formation initiale, continue, qualifiante) sont disponibles au sein des pôles.  
 Le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins est formé à la qualité et sécurité.  
 Les formations nécessaires à la qualité et à la sécurité des soins prévues au plan de formation sont mises en œuvre au regard des orientations stratégiques de l'établissement. 170 professionnels ont été formés en 2014, 2015 et 2016 à la sécurité des soins et gestion des risques en établissement de santé. Des rappels essentiels relatifs aux évènements indésirables et analyse des causes, aux risques associés aux soins et leurs caractéristiques sont réalisés au cours de la formation.



Les ressources documentaires sont disponibles dans l'ensemble des pôles et fédérations du CH Georges Mazurelle grâce via une gestion électronique des documents (GED) accessible par intranet à tous les professionnels. Cependant, certains protocoles disponibles dans la gestion documentaire ne sont pas conformes aux recommandations de bonnes pratiques. Les audits de processus réalisés par les experts en cours de visite ont montré que la procédure prescription médicale d'un isolement thérapeutique ainsi que la procédure préparation et administration des médicaments dans les unités de soins ne sont pas conformes aux recommandations. La gestion documentaire est connue des professionnels avec des niveaux d'appropriation différents constatés par les experts au cours des audits de processus et audits patients traceurs. Les ressources matérielles nécessaires à la qualité et à la sécurité des soins sont disponibles. Les locaux sont en adéquation avec les orientations institutionnelles (par exemple le projet de restauration de l'ensemble des chambres d'isolement des pôles est achevé au moment de la visite), avec les besoins exprimés sur les plans quantitatif et qualitatif. Les pôles bénéficient d'un plan de suivi et de maintenance des locaux et équipements.

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Chaque pôle met en œuvre des actions prévues pour le fonctionnement et le management internes en termes de démarche qualité et sécurité des soins. Pour exemple (constaté en cours de visite) le pôle médico pharmaceutique a mis en œuvre le plan d'actions relatif à la recommandation de la V2010 concernant la non-conformité des demandes d'examen en imagerie en intégrant le formulaire de demande dans le DPI et en appliquant le suivi de l'action par un indicateur. Cependant, il est constaté un défaut d'application de certaines procédures par les soignants. Les audits de processus (Droits des patients, Dossier patient, Management de la prise en charge médicamenteuse, Parcours patient) et les audits patient traceur au cours de la visite confirment des défauts d'application des procédures comme par exemple sur la procédure de mise en chambre d'isolement, sur les bonnes pratiques d'administration des médicaments et sur la gestion du dossier patient.

Les interfaces entre pôles sont opérationnelles et facilitées par des équipements informatiques (GED, DPI, intranet...).

Le signalement des événements indésirables et leur analyse participative sont effectifs. 9 EI déclarés ont fait l'objet d'une analyse en équipe pluridisciplinaire en 2016, 4 en 2015. Les actions correctives sont intégrées lors de l'actualisation du plan d'amélioration de la qualité.

Les éléments issus des plaintes et réclamations sont exploités, présentés aux représentants des usagers en CRUQPC et font l'objet d'actions correctives intégrées au programme d'action qualité de l'établissement ainsi que les actions émanant de l'analyse des enquêtes de satisfaction (questionnaires de sortie par exemple).

La démarche qualité mise en œuvre au sein des services concourt à assurer une prise en charge adaptée et tracée, étape par étape. Cependant, il apparaît un manque de traçabilité des actions. Les audits de processus (Droits des patients, Dossier patient, Management de la prise en charge médicamenteuse, Parcours patient) et les audits patient traceur au cours de la visite confirment un manque de traçabilité des actes au cours de la prise en charge. Ceci est confirmé par certains résultats d'indicateurs (traçabilité de l'évaluation de la douleur, de la réévaluation de l'antibiothérapie à 72h, de l'IMC par exemple).

Les professionnels de santé disposent de la ressource documentaire nécessaire à leur activité. Néanmoins, les experts ont constaté qu'une partie des professionnels ne recourt pas à la source documentaire pour leur activité. Cela a été constaté par un expert au cours de l'audit parcours patient concernant la procédure d'isolement d'un patient en service d'hospitalisation complète (Pré Haut).

Des groupes pour l'évaluation des pratiques professionnels sont actifs (13 EPP en cours au moment de la visite) et œuvrent pour proposer des actions d'amélioration à intégrer au PAQ de l'établissement (EEP Chute, douleur, prise en charge de la constipation).

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le Centre Hospitalier Mazurelle assure régulièrement l'évaluation du fonctionnement du processus de management de la qualité et de la sécurité des soins en suivant le taux de réalisation des actions du plan d'action qualité ainsi que l'évaluation des activités de soins. Des indicateurs spécifiques à la thématique sont suivis avec une évolution sur les trois dernières années.

Le Centre Hospitalier Mazurelle participe au recueil des indicateurs qualité obligatoires (IQSS) et indicateurs Hôpital Numérique. Les indicateurs nationaux sont recueillis également en dehors des campagnes de recueils.

Des indicateurs de suivi des thématiques sont en place et une analyse des données est réalisée. Le suivi de la mise en œuvre du processus qualité et sécurité des soins et des activités de soins est assuré par les pilotes sur la base d'outils identifiés et définis dans le compte qualité. Les pilotes recueillent et analysent des indicateurs de pratiques (suivi taux de satisfaction des usagers, suivi des plaintes et réclamations, suivi du nombre de réunion, suivi du nombre d'agents formés). Des indicateurs qualité et sécurité des soins issus du CPOM font l'objet d'un suivi. Les EPP sont suivies par le responsable qualité en lien avec la commission médicale EPP/DPC et la

direction des soins et de la qualité. Les pilotes des processus sont impliqués dans la démarche pour les évaluations en lien avec leur processus.

D'autres évaluations complètent le dispositif d'évaluation en cours (pour exemple : des visites de risques, auto diagnostic, audit patient traceur, enquêtes de satisfaction, benchmarking).

Les résultats sont communiqués aux professionnels et aux partenaires, ils sont diffusés aux responsables et en réunions des différentes instances, y compris pour les représentants des usagers. Des résultats sont disponibles sur l'intranet. Les indicateurs sont diffusés par affichage.

Cependant, les experts ont constaté par le biais des audits de processus (parcours patient, dossier patient, droits des patient, prise en charge médicamenteuse) que le suivi des plans d'actions par pôle est hétérogène. Certains responsables de service ou d'unité ne s'assurent pas de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues. Les responsables médicaux et non médicaux de certaines unités n'assurent pas d'évaluation périodique des pratiques (par exemple la traçabilité des activités de soin, l'information des patients, la connaissance par les professionnels de la documentation). Ce constat a été fait par les experts tant sur les unités d'admission, de réhabilitation que sur les structures d'hospitalisation à temps partiel.

## **A / AGIR**

### **MISE EN PLACE DES ACTIONS D'AMÉLIORATION ET COMMUNICATION SUR LES RÉSULTATS**

Les actions d'amélioration sont intégrées au Programme d'action qualité. Le PAQ est réajusté annuellement en définissant de nouveaux objectifs et en intégrant des actions correctives issues des évaluations. Cependant, les actions issues du réajustement du programme qualité ne sont pas toujours suivies. Les experts ont constaté que les résultats de certains indicateurs nationaux n'évoluaient pas positivement dans l'établissement depuis 2011 malgré les plans d'actions prévus dans le PAQ (délai d'envoi du courrier de sortie, dépistage des troubles nutritionnels, réévaluation de l'antibiothérapie).

La communication des résultats d'indicateurs et des actions est réalisée en interne. Des supports et modalités de diffusion sont établis en interne via intranet. Ces données sont relayées par les cadres de santé sur le terrain aux cours de réunions de services.

Les indicateurs à diffusion obligatoire (IQSS) sont diffusés en externe notamment, auprès des professionnels et des usagers, par affichage et journal interne.

Les services et les instances dont la CME et la CRUQPC sont informés sur le retour des résultats des différents questionnaires d'évaluation de la satisfaction des usagers.

Le suivi des actions conduit à réexaminer les risques afin de déterminer d'éventuelles mesures complémentaires. Un réajustement du programme et de la politique qualité et gestion des risques est effectué en fonction des évaluations menées et résultats obtenus.

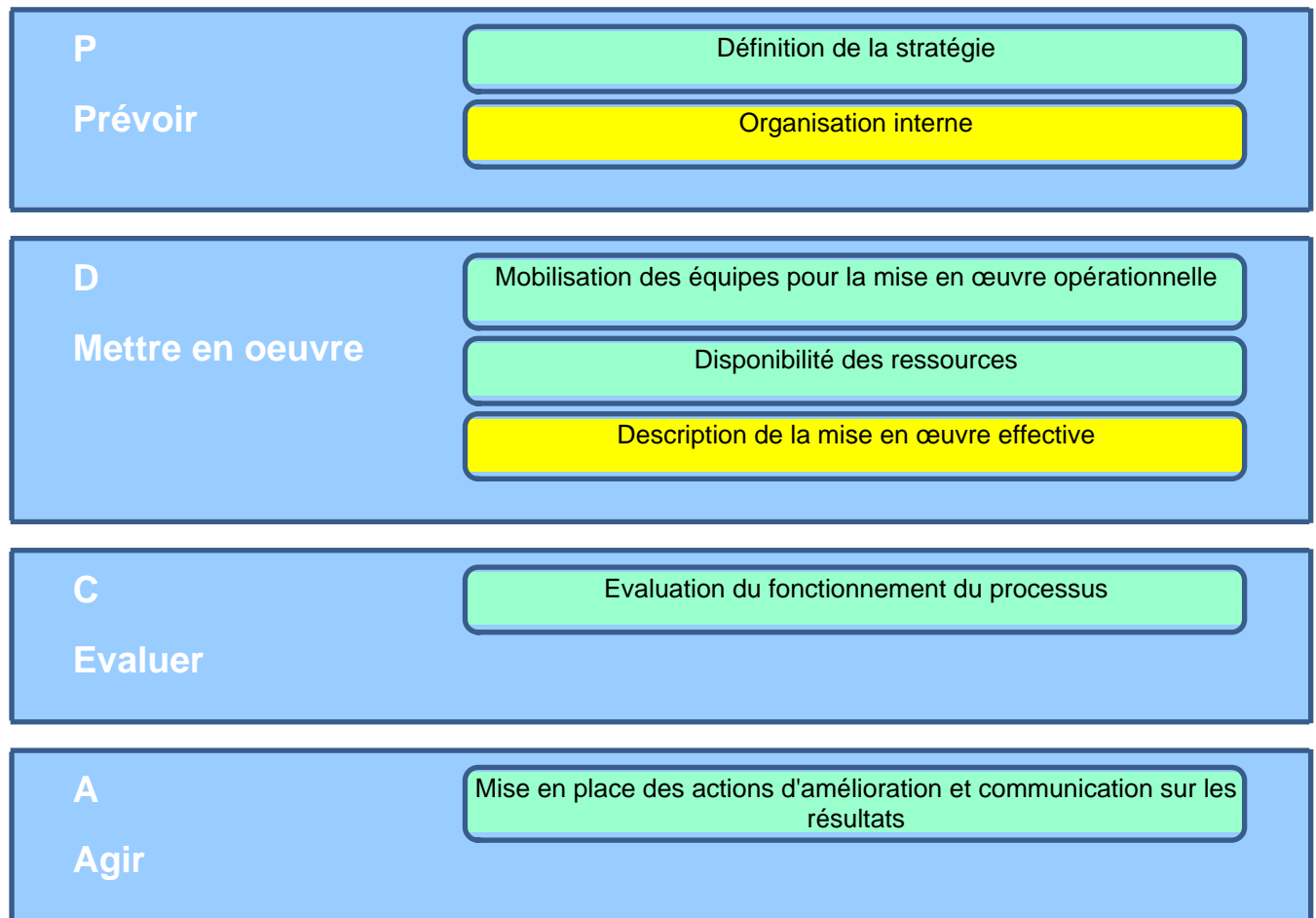
# DROITS DES PATIENTS

## 1. Caractérisation générale

L'évaluation de cette thématique vise à s'assurer que l'établissement a mis en place une démarche globale visant à garantir le respect des droits des patients, dimension essentielle de la qualité. La certification constitue ainsi l'un des leviers de la mise en œuvre de la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé qui réaffirme un certain nombre de droits fondamentaux de la personne malade, notamment des droits relatifs au respect de l'intégrité et de la dignité de la personne et de la confidentialité des informations la concernant. Elle souligne l'obligation de respect des libertés individuelles.

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

L'établissement a formalisé et structuré sa stratégie de promotion des droits et de la bienveillance des patients notamment au sein du projet d'établissement 2014/2018. Le CH G Mazurelle s'est engagé à promouvoir un certain nombre de valeurs et de principes afin de lutter contre la vulnérabilité des patients souffrants de troubles psychiques. Le maintien des liens du patient avec son entourage et son environnement sont des priorités affichées dans le projet médical. De même, la participation des représentants des usagers est largement favorisée.

L'établissement a identifié ses besoins et analysé ses risques en impliquant la CRUQPEC et les représentants des usagers et en utilisant les différentes sources de données à sa disposition (cartographie des risques, questionnaires de satisfaction, audits, enquêtes, plaintes et réclamations, bilan de la CRUQPEC, analyse des EI).

Les risques sont hiérarchisés et conduisent à la définition de priorités et de plans d'actions à mettre en œuvre pour améliorer la prise en charge du patient au sein du compte qualité avec définition d'un pilote qui définit le suivi en termes d'échéances et d'état d'avancement. Les plans d'actions sont ensuite intégrés dans le PAQSS.

L'établissement définit des objectifs d'amélioration précis et mesurables au sein de son Compte Qualité notamment sur l'amélioration délivrée aux patients en soins sans consentement, sur le respect de la bienveillance et sur l'amélioration des pratiques de soins en isolement ainsi que le risque de non respect de la liberté d'aller et venir. Des modalités de suivi sont définies pour chaque action de ce programme (responsable identifié, calendrier de réalisation, priorisation des actions, indicateurs de suivi, clôture de l'action).

Ce programme est présenté annuellement aux instances de l'établissement dont la CRUQPEC.

**ORGANISATION INTERNE**

Le pilotage de la mise en œuvre de la politique droits des patients et le suivi du programme d'actions est assuré au travers de la direction qualité gestion des risques et droits des usagers.

Au regard des besoins identifiés, l'établissement a mis en place un dispositif de formation structuré pluriannuel déployé sur l'ensemble des unités notamment sur la bienveillance/maltraitance.

Un dispositif de gestion documentaire informatisé est en place et à disposition des professionnels en intranet intégrant les ressources documentaires (procédures, protocoles, dispositif de gestion documentaire, etc.) nécessaires. Les signalements des cas de maltraitance font l'objet d'une procédure institutionnelle spécifique.

L'information des patients sur leurs droits et sur les missions de la CRUQPEC est organisée (livret d'accueil, affichage, réunion soignants/soignés). Les modalités d'exploitation des réclamations des patients et de leur entourage sont en place.

Le livret d'accueil est délivré systématiquement en chambre en intra-hospitalier. Cependant, il n'existe pas de livret d'accueil spécifique aux structures extra hospitalières et ambulatoires; de plus, la distribution du livret d'accueil général n'est pas systématique sur ces unités. Il en est de même pour les questionnaires de satisfaction. Pour les structures d'accueil de jour et ambulatoires, une plaquette de présentation de ces unités est remise au patient.

Le dispositif d'hospitalisation sans consentement est organisé, les procédures sont formalisées. La formation des professionnels soignants et administratifs ainsi que l'information des patients sont structurées. Une plaquette d'information spécifique a été réalisée.

Un guide de procédure du logiciel Cortexte concernant les prescriptions médicales d'un isolement thérapeutique est réalisé et opérationnel.

La procédure de renouvellement des isolements thérapeutiques ne respecte pas les bonnes pratiques concernant la réévaluation des prescriptions par 24h de mise en isolement le week-end.

La procédure prévoit que le renouvellement des prescriptions de mise en chambre d'isolement doit se faire toutes les 24h avec cependant une tolérance de 48h le week-end. La procédure prévoit également que l'isolement fractionné sur 24h peut être prescrit pour une durée plus importante.

Lors des bilans journaliers où ces situations ont été présentées, le Président de CME a confirmé ces pratiques au motif d'un système d'astreintes pour les psychiatres et d'une démographie médicale tendus sur le département. Le président de la CME a réuni le collège médical lors de la visite de certification et a été saisi de cette question par la direction afin que l'organisation générale des gardes et astreintes soit revue.

L'établissement a mis en place une organisation pour respecter les projets de prise en charge ainsi que l'organisation et les pratiques permettant le respect des libertés individuelles notamment dans l'unité de court séjour, l'unité de longue durée, le pôle adolescent et de la Fédération Mosaïque accueillant des patients lourdement handicapés psychiques. Celle-ci s'appuie notamment sur le plan de soins dédié et partagé avec les familles.

Une organisation est posée pour les hospitalisations d'Adolescents en cas d'urgence clinique nécessitant

des soins en chambre de soins intensifs. Les autorisations de l'autorité parentale sont requises. L'établissement a organisé le dispositif d'information du patient sur son état de santé et les soins proposés incluant la démarche d'information en cas de dommage lié aux soins qui fait l'objet d'une procédure spécifique avec documents d'information dédiés.

La recherche du consentement s'appuie sur les règles de bonnes pratiques continues médicales avec recherche principale d'alliance thérapeutique. Cependant, il n'existe pas de procédure ni d'organisation du recueil du consentement éclairé du patient aux soins. En effet, seul un protocole de recueil du consentement aux soins en cas d'urgence, notamment pour les patients avec mesure de protection judiciaire existe.

Un dispositif est en place afin d'accueillir au mieux les proches du patient et de leur assurer un soutien dans les situations qui le nécessitent. Dans les nouvelles unités, des salons d'accueil spécifiques ont été conçus afin d'accueillir les familles dans d'excellentes conditions. La participation importante des usagers et leur engagements dans les instances et commissions est effective. Un lieu de permanence de l'association UNAFAM existe ainsi qu'un espace rencontre famille où un cadre soignant et une psychologue dédiés accueillent les familles sur le site principal une fois par mois en soirée.

La rencontre avec les usagers a permis de constater un engagement réel sur la gestion des risques et la démarche qualité initiée au sein de l'établissement notamment sur leur implication dans les instances (CRUQPEC, CLIN, Conseil de surveillance) et groupes de travail.

## D / METTRE EN OEUVRE

### MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les plans d'action institutionnels sont déclinés dans les pôles et dans les fédérations de l'établissement, comme par exemple la traçabilité de la prescription en chambre d'isolement. Les contrats de pôles établis entre la direction et les chefs de pôles prévoient le recueil des indicateurs qualités et le suivi des EPP.

Les pilotes de la thématique et le responsable qualité sensibilisent dans le cadre des instances et des visites de service les professionnels paramédicaux aux respects des droits du patient. Des relais sont assurés par l'encadrement lors des réunions de service.

Néanmoins, certains responsables de service ou d'unité ne s'assurent pas de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues. Les rencontres des professionnels de terrain ont montré une méconnaissance des professionnels sur leurs résultats liés aux indicateurs IQSS ainsi qu'aux actions d'amélioration du Compte Qualité (CQ). De même, l'information des professionnels sur les missions et rôles de la CRUQPEC reste très hétérogène selon les unités, voire au sein d'une même unité.

Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin et mises en œuvre par les responsables comme par exemple la diffusion de la plaquette à l'intention des patients en soins sans consentement, réactualiser et diffuser la procédure d'information aux patients sur la désignation d'une personne de confiance.

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les professionnels de santé bénéficient de dispositifs leur permettant de développer leurs compétences dans ce domaine (formation bientraitance et droits des patients, formation OMEGA liée aux actes de violence et d'agressivité). Ils sont sensibilisés au respect de la confidentialité des informations relatives au patient ainsi qu'à la démarche éthique. Un espace éthique est en cours de création au sein du CHGM. Cependant, la connaissance par tous les professionnels des modalités de signalement d'une situation de maltraitance n'est pas effective du fait de son élaboration ancienne (2009) et de sa non réactualisation.

Les professionnels sont formés aux dispositifs d'hospitalisation sans consentement. Une formation de consolidation des savoirs est effectuée pour les nouveaux arrivants 6 mois après leur arrivée.

Les documents nécessaires à l'exercice de leurs missions sont accessibles via la gestion documentaire électronique de l'établissement : procédures, protocoles, comptes-rendus, informations générales, REX, EPP. Des documents spécifiques peuvent également leur être transmis avec les bulletins de salaires.

Des documents d'information sont mis à la disposition des patients, les réunions soignants/soignés permettent de préciser leurs droits ainsi que les règles de fonctionnement (plaquette d'information des services, plaquette d'information sur les soins sans consentement, liberté de circulation des usagers, évaluation de la qualité des soins, directives anticipées, ainsi que des documents spécifiques à certaines pratiques sur les enveloppements corporels sur le pôle infanto-juvénile associé à un formulaire de recueil du consentement.

Les ressources en termes de matériel sont suffisantes, déployées et utilisées par les professionnels.

Les locaux sont dans leur grande majorité adaptés à l'activité proposée. Un plan architectural intégrant les anciens bâtiments est en cours après une première tranche de reconstruction d'unités qui donnent entière satisfaction aux professionnels ainsi qu'aux patients au regard des questionnaires de satisfaction.

Dans le cadre des chambres de soins intensifs, chacune d'elle est équipée d'un bouton d'appel.

Un guide de bonnes pratiques des restrictions de libertés d'aller et venir a été diffusé en 2009 et un état des lieux réalisé en 2013 a permis de ré-identifier les situations et les risques de non-respect des libertés individuelles.

L'espace éthique est en cours de définition, ses modalités de fonctionnement et son règlement intérieur ne sont pas encore finalisés.

## DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les rencontres avec les professionnels sur les différents pôles et les représentants usagers ainsi que les investigations terrain permettent de confirmer l'effectivité de la mise en œuvre avec entre autres :

- des pratiques respectant la confidentialité des informations,
- dans l'accueil et le soutien de l'entourage des patients dans les situations qui le nécessitent.

En psychiatrie adulte, les soins en hospitalisation libre sont dispensés dans des unités ouvertes excepté lorsque l'état de santé des patients nécessite des soins en unité fermée.

Les restrictions de liberté font l'objet d'une prescription médicale écrite. Les patients sont informés individuellement des restrictions de liberté les concernant.

Les prescriptions des soins en isolement et de contentions font l'objet d'une procédure et ont été intégrées au dossier patient informatisé. Une EPP évaluant la pertinence de ces prescriptions a été réactivée en 2015.

Cependant, lors des investigations parcours patients traceurs et audits processus au sein des différentes unités, il a été constaté que les prescriptions de mise en chambre d'isolement sont parfois effectuées pour plus de 24H et peuvent aller jusqu'à 72H le week-end. Les pratiques en vigueur dans l'établissement prévoient une tolérance de 48H formalisée dans le guide de procédure du logiciel Cortexte concernant les prescriptions médicales d'un isolement thérapeutique.

Le premier constat a été réalisé dans l'unité d'Hospitalisation Nord Est (UHNO) sur une prescription de 72H justifiée par le week-end et sans réévaluation prévue sur cette période. Des séquences de sortie étaient prévues durant les 72h. Une autre séquence de 72h était prescrite sans commentaire (Patient traceur n°1).

Une prescription de Mise en Chambre d'Isolement (MCI) a été réalisée par l'interne de spécialité sans la traçabilité de validation par un sénior (patient n°1).

Enfin, une prescription de restrictions de liberté avec indications (barrières de lit, sécuri-drap, porte de la chambre fermée) portant la mention "si besoin" était non réévaluée dans l'unité ULD.

Le registre de suivi des patients mis en isolement prévu dans la loi de santé est en place sous format papier dans l'ensemble des unités d'hospitalisation possédant des chambres de soins intensifs tant en psychiatrie adulte qu'en psychiatrie des adolescents. Cependant, la surveillance réglementaire applicable à des patients faisant l'objet de restrictions de liberté au regard d'une prescription en ULD n'est pas systématiquement réalisée ni tracée.

Dans les unités d'hospitalisation adultes et/ou adolescents fermées, les restrictions de libertés sont organisées de manière à ce que les patients en hospitalisation libre puissent bénéficier de modes de sortie adaptés et souhaités: sonnette, demandes orales. Un dispositif est en place afin d'accueillir les proches du patient, ce dispositif est activé avec l'accord du patient. En pédopsychiatrie, une attention particulière est apportée pour associer les parents à la prise en charge.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement suit annuellement le taux de retour des questionnaires de satisfaction ainsi que le taux de satisfaction global sur l'ensemble des unités hospitalisation complète adultes. Un tableau de bord assurant le suivi du nombre de plaintes et réclamations ainsi que le nombre de demande d'accès aux dossiers médicaux complète le dispositif.

L'évaluation périodique du respect des droits des patients, de sa satisfaction est assurée régulièrement par les responsables du processus, sur la base d'outils identifiés (questionnaires de satisfaction à la sortie du patient, déclaration d'événements indésirables, suivi des formations, indicateurs nationaux IQSS).

Une délibération annuelle portant sur le bilan des actions menées dans l'année écoulée et les objectifs pour l'année suivante est réalisée et validée en CRUQPEC et en conseil de surveillance. Le rapport d'activités annuel de la CRUQPEC est élaboré, validé et adressé à l'ARS.

Cependant, il n'y a pas d'actions d'amélioration en cours tant sur l'EPP que sur l'organisation des astreintes médicales le week-end. Il n'y a pas de plan d'actions spécifiques pour améliorer l'organisation des astreintes sur le week-end. Les rencontres avec le président de la CME et la direction confirment cet écart.

## A / AGIR

### MISE EN PLACE DES ACTIONS D'AMÉLIORATION ET COMMUNICATION SUR LES RÉSULTATS

Le suivi des actions d'amélioration est assuré par les pilotes du processus et le coordonnateur de la gestion des risques en lien avec la CRUQPEC. Les résultats sont communiqués aux professionnels ainsi qu'aux usagers lors de chaque réunion de la CRUQPEC.

Les actions d'amélioration mises en œuvre, (diffusion de la plaquette à l'intention des patients en soins sous contrainte, réactualiser la procédure de déclarations de situations de maltraitance, proposer des formations aux personnels soignants et administratifs sur l'information délivrée aux patients en soins

sous contrainte...) sont intégrées dans le Compte Qualité et articulées avec le programme d'actions institutionnel. Les résultats des indicateurs, des différentes évaluations et des plans d'action d'amélioration sont présentés aux instances CRUQPEC, CME, CTE, Conseil de surveillance ainsi qu'auprès de l'encadrement qui assure le relais aux équipes. Ces résultats sont communiqués aux professionnels ainsi qu'aux usagers dans le cadre de la CRUQPEC, du journal interne, de l'affichage des indicateurs, d'intranet et du site internet. Le journal d'information institutionnel Hôpital Sud Info (HSI) complète le dispositif tant en interne qu'en externe.

# PARCOURS DU PATIENT

## 1. Caractérisation générale

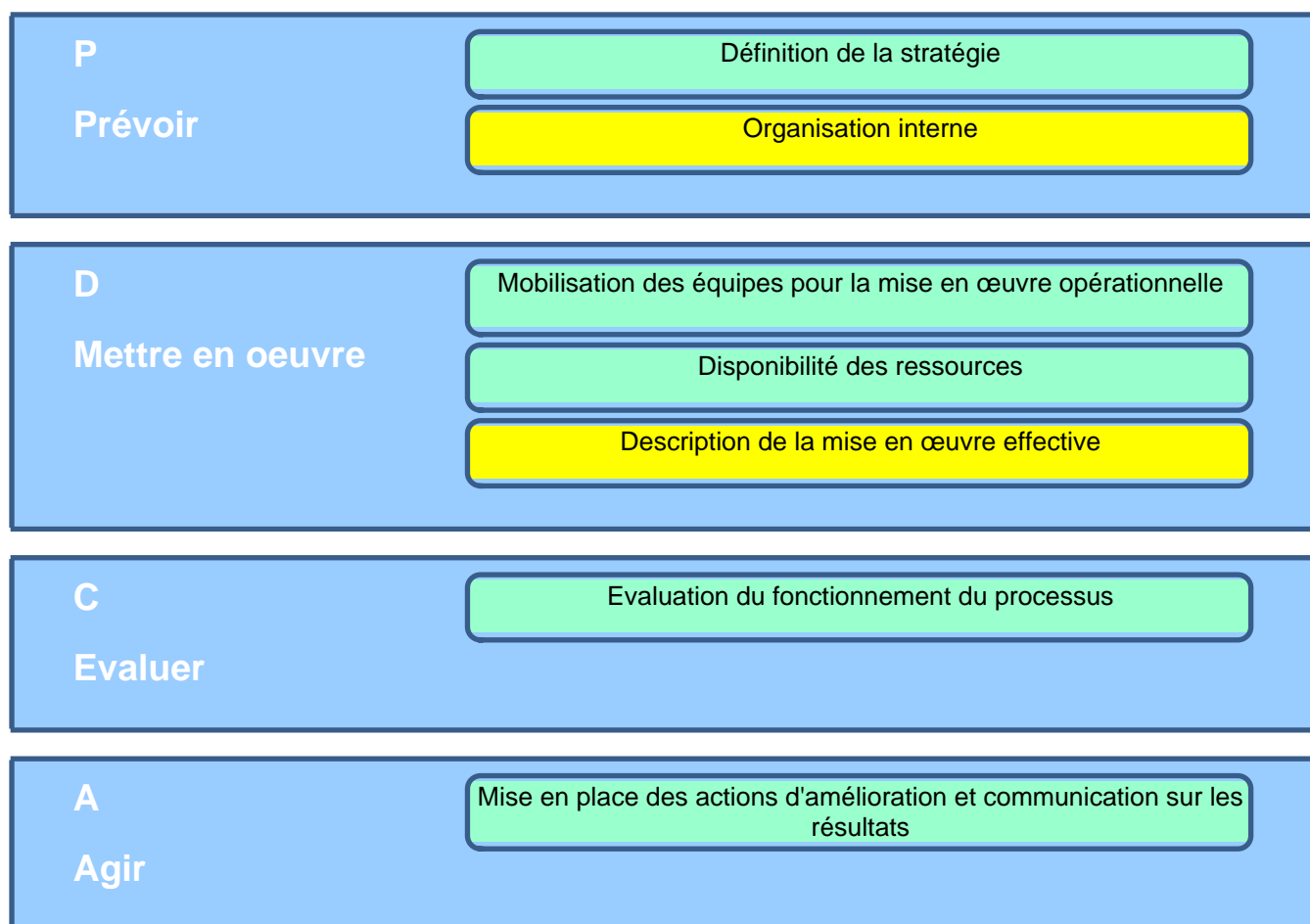
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et des secteurs d'activités qui, en étroite collaboration :

- organise et prend en compte les besoins de la population aux différentes étapes (accueil, prise en charge diagnostique et thérapeutique, sortie ou transfert) de la prise en charge des maladies aiguës, des maladies chroniques, des populations spécifiques ;
- structure et formalise les liens avec les acteurs extérieurs à l'établissement en développant les interfaces avec les professionnels de ville, les autres établissements de santé et les établissements médico-sociaux ;
- évalue ces prises en charge.

Les professionnels des secteurs d'activités grâce à un travail en équipe pluri professionnel et interdisciplinaire mettent en place une démarche d'amélioration continue des prises en charge centrée sur le patient et son entourage.

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique





Non défini
Fonctionnement de base
Défini
Maitrisé
Optimisé

P / PRÉVOIR

**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

Il existe une politique d'amélioration du parcours patient s'intégrant dans la politique générale dans le cadre du projet d'établissement du Centre hospitalier Georges Mazurelle 2014-2018. L'établissement a identifié les besoins spécifiques et les risques du processus parcours patient au regard de ses missions et des orientations régionales prenant en compte les besoins de la population desservie dont le taux de croissance est supérieur à la moyenne régionale et ce dans un contexte de taux d'équipement inférieur à la moyenne régionale et de densité médicale basse (moins de 7 psychiatres salariés pour 100 000 habitants contre 22 sur le plan national) aggravée par le départ en retraite de 13 médecins sur les 4 prochaines années.

Les sources de données utilisées pour identifier et analyser ces risques sont issues des décisions de la V2010, du PRS, et du CPOM d'une part, et des indicateurs tant nationaux (IPAQSS) qu'internes (tableaux de bord spécifiques) à l'établissement d'autre part. Des rencontres avec le conseil départemental, la mairie et la participation à un benchmarking régional concernant les CMP complètent les outils utilisés.

La hiérarchisation des risques a été établie avec plusieurs professionnels et la participation des représentants d'usagers (membre du GEM) à travers le COPIL qualité. Ainsi 11 risques ont été reconnus parmi lesquels on peut citer le risque d'accueil inadapté dans certaines structures de soins (accessibilité) ou le défaut de continuité de la prise en charge.

La déclinaison des objectifs identifiés est formalisée dans un programme institutionnel d'actions unique. Ce programme comporte une priorisation des actions selon 3 axes (management, fonctions support et prise en charge) pour atteindre ces objectifs.

La définition des modalités de mise en œuvre du programme, à travers chaque axe, est posée dans des fiches action. Concernant l'axe "Prise en charge", assimilée au parcours patient, 8 fiches action sont établies et fixent les objectifs, les actions à mener, les responsables, les échéances, les modalités de suivi et le mode de validation institutionnelle. Ce programme, validé par le copil du 30 avril 2015, a été présenté pour validation à la CME le 21/04/2016 et le 15 /05/ 2016 à la CSIRMT.

Le compte qualité s'articule avec le PAQSS de l'établissement.

**ORGANISATION INTERNE**

Le CH Georges Mazurelle a établi une organisation pour piloter le processus parcours patient. Les pilotes sont identifiés ainsi que les actions qu'ils doivent mener.

L'identité des pilotes est partiellement portée à la connaissance des professionnels de l'établissement à travers des réunions avec l'encadrement, la diffusion du journal local "Hôpital Sud Info" (HSI), et la mise de l'information sur la base documentaire.

L'établissement a identifié ses besoins et ressources nécessaires pour répondre aux missions qui lui sont confiées. Dans ce cadre, l'établissement a posé une organisation interne assurant l'adéquation aux besoins des prises en charge tant en ressources, malgré la difficulté à recruter des médecins, qu'en compétences.

Un plan de formation adapté est établi comportant des axes de renforcement des connaissances tel "Consolidation des savoir en psychiatrie" et des axes répondant aux actions correctives définies dans le plan d'action tel "Repérage et gestion de la crise suicidaire". Chaque pôle possède un budget propre pour initier des formations spécifiques comme l'utilisation des machines nécessaires aux activités de la fédération des thérapies médiatisées.

Les recrutements sont adaptés aux projets et les nouveaux arrivants sont accompagnés. Un guide du nouvel arrivant élaboré par les professionnels du CMPI est en cours de validation.

La rénovation des bâtiments a impliqué les professionnels et les usagers. Les bâtiments sont majoritairement adaptés à l'accueil de la population. Les unités de soins sont essentiellement équipées de chambres à un lit mais les usagers ont réclamé deux chambres doubles sur le pôle "Pré Haut" pour maintenir un certain niveau de sociabilité. Chaque unité d'admission possède 2 chambres de soins intensifs. Un plan de travaux relatif à l'accessibilité est établi jusqu'en 2024.

Chaque service est équipé au minimum d'un ordinateur par bureau et pharmacie, autorisant ainsi un accès facile tant au dossier patient qu'aux diverses procédures définies et formalisées, et autres documents, contenus dans la base documentaire. Cette base est maintenue par le responsable qualité.

Le matériel d'urgence composé d'un DSA, d'un aspirateur à mucosité et des produits nécessaires contenus dans un sac spécialisé et sécurisé par un clips, est installé dans les unités d'hospitalisation. Sa maintenance est organisée. Le dispositif de prise en charge des urgences vitales est organisé. Chaque unité de soins temps complet est doté du matériel d'urgence. La conduite à tenir est formalisée et affichée dans les salles de soins. Les formations AFGSU sont assurées et suivies. Les professionnels rencontrés lors des diverses visites de terrain connaissent la procédure. Dans certaines structures extérieures (Hôpital de jour Mylandi) les professionnels déclinent la conduite à tenir en cas d'urgence même si la procédure ne leur est indiquée qu'oralement.

Les interfaces et les circuits sont définis et leur gestion est organisée pour faciliter la concertation entre

professionnels et entre secteurs d'activité. Une fédération des thérapies médiatisées, intersectorielle, dont le fonctionnement est basé sur le coopératif tant en interne pour les 5 pôles qu'en externe pour les patients du CHD voisin relevant d'une prise en charge en addictologie par exemple, est en place.

La prise en charge et/ou l'orientation des personnes se présentant pour une urgence est assurée dans chaque pôle, quel que soit le type d'unité, comme constaté lors de la visites du CMP Milandy ou l'unité Pré Hauts. Si nécessaire en cas de pénurie de lit, il est fait appel aux établissements hors département comme rapporté par les professionnels du CMPI qui assurent l'accueil des urgences ambulatoires.

Cependant le dispositif d'accueil permettant d'assurer la prise en charge et/ou l'orientation des personnes se présentant pour une urgence n'est pas formalisé. En effet, il n'existe pas de procédure qui définisse les rôles de chacun et la démarche à suivre dans le cadre d'une personne se présentant pour une urgence.

La définition de règles de présence et d'un système de gardes et astreintes est posée afin d'assurer la permanence des soins 24h/24. La COPS du 28 novembre 2003 a validé la procédure de permanence des soins toujours en vigueur à ce jour. Les gardes sur site sont assurées par les internes et les médecins somaticiens. Les psychiatres assurent une astreinte chaque nuit et week-end. La liste des gardes et astreintes est accessible sur la première page de la base documentaire.

L'organisation de la prise en charge des personnes appartenant à une population spécifique est posée.

L'accueil des enfants et adolescents repose sur des unités spécifiques comme "Petit Victor" et le CH George Mazurelle assure par convention une prestation sur la maison des adolescents.

Il existe des unités spécifiques pour les personnes âgées sous gouvernance de la fédération de géronto-psychiatrie. De nombreuses conventions sont passées avec les EHPAD. L'accompagnement des patients dans ces structures est organisées à travers l'équipe mobile de géronto-psychiatrie.

Le CH Georges Mazurelle à mis en place un espace de soins en addictologie (12 places en HJ) en lien avec la Fédération des Thérapies Médiatisées. Des formations spécifiques en addictologie sont organisées (24 professionnels engagés en 2016) et certains IDE ont obtenus un DU en addictologie.

L'établissement participe à l'UCSA par convention depuis le 24 juillet 2014. Toutefois le projet de prise en charge spécifique aux détenus n'est pas formalisé.

Il n'existe pas de procédure fixant l'organisation de l'accueil des détenus. Dans l'unité Pré Haut les détenus reste dans la chambre d'isolement et n'ont pas accès aux activités thérapeutiques.

L'organisation du déploiement de l'éducation thérapeutique au sein de l'établissement n'est pas réalisé. L'intégration dans un programme d'éducation thérapeutique n'est pas proposée aux patients faute de programmes validés par l'ARS sur l'établissement et par méconnaissance des programmes proposés sur le territoire par le CHD voisin. Un programme d'éducation thérapeutique, "Gérer les troubles anxieux" est en cours de validation par l'ARS et le programme "La dépression chronique" est à l'étude.

## D / METTRE EN OEUVRE

### MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des objectifs et plans d'action opérationnels propres à chaque pôle sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle comme l'amélioration de l'évaluation du risque suicidaire.

L'encadrement sensibilise les professionnels sur les risques identifiés dans leur pôle et le dispositif d'information des professionnels est opérationnel à travers des réunions au cours des quelles sont présentés des tableaux d'indicateurs internes comme, par exemple, les taux de traçabilité dans les observations médicales. Plusieurs professionnels participent à des EPP comme confirmé lors de la visite du patient traceur en UHNO (Évaluation de la pertinence des premiers entretien en CMP).

Sur certaines unités, comme le CMPI, le cadre s'assure avant chaque réunion de la complétude des observations infirmières et le personnel de la Simbredièrre rappelle le travail d'échange effectué lors d'un REX suite à une tentative de suicide par IMV dans leur unité qu'ils jugent isolée.

Cependant, certains responsables de service ou d'unité ne s'assurent pas de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues. Les responsables médicaux et non médicaux de certaines unités n'assurent pas d'évaluation périodique des pratiques tant sur le dépistage des troubles nutritionnels ou la douleur que sur la connaissance par les professionnels des documents qualité relatifs au parcours patient. Ce constat a été fait tant sur les unités d'hospitalisation temps complet, que les structures ambulatoire ou d'hospitalisation à temps partiel. Sur l'unité Pré Haut le personnel ignore la procédure de mise en chambre d'isolement alors qu'elle existe et est présente sur la base documentaire.

De même, les rencontres des professionnels de terrain ont montré une méconnaissance d'une majorité des professionnels sur les résultats des indicateurs DEC et DTN ainsi que des actions proposées dans le PAQSS dont une synthèse que chaque professionnel a reçu en mai 2015.

Certaines d'actions correctives sont identifiées avec les professionnels. Sur le pôle Petit Victor, les professionnels et la diététicienne, ont fait modifier les menus pour les enfants (ajout de féculents) suite au suivi du poids et surveillance de la prise des repas. Sur l'UHNO lors de la visite du patient traceur n°1 on constate que les IDE sont impliqués dans la dynamique des EPP notamment sur l'EPP "Evaluation de la pertinence des soins infirmiers aux patients en chambre d'isolement" (étape 2) et l'EPP "Evaluation de la pertinence des 1ers entetiens en CMP" (étape 3).

## DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

La mise à disposition des ressources humaines est assurée. Six médecins généralistes et un pédiatre à temps partiel sont présent pour assurer le suivi somatique. Cet effectif est complété par 3 praticiens attachés et six internes. Un dentiste présent sur l'établissement assure les soins bucco-dentaires.

Le personnel est formé et les compétences nécessaires sont disponibles. Elles sont renforcées par la participation à des formations régulières (AFGSU) ou spécifiques, comme par exemple la formation sur le "repérage et prévention de la crise suicidaire" ou le DU addictologie pour 2 IDE en 2014/2015).

Tout nouvel arrivant est positionné en doublon pendant une durée déterminée par unité.

Les procédures sont disponibles et actualisées via la GED en place dans l'établissement. La mise à disposition des procédures et autres documents utiles (listes des astreintes par exemple) est réalisée à travers la base documentaire structurée et maintenue par le service qualité. Elle est facilement accessible de tous les postes tant en interne que sur les services ambulatoires via intranet. Cependant, la procédure de prise en charge des urgences vitales formalisée n'est pas disponible dans toutes les structures de prise en charge à temps partiel. Au cours de l'audit patient traceur sur l'hôpital de jour les Hortensias, le médecin, le cadre de santé et l'IDE ont précisé que la procédure pour les urgences vitales ne s'applique pas à l'hôpital de jour. Une consigne orale a été donnée en cas d'urgence: appeler le médecin somaticien d'astreinte, les pompiers ou le SAMU. Sur l'hôpital de jour Mylandi il n'existe pas de procédure.

La mise à disposition des ressources matérielles est assurée par l'existence de locaux en grande partie neufs, conformes et adaptés comme constaté lors des visites de terrain. Les chambres d'isolement sont conformes et équipés d'un espace de vie et d'un bouton d'appel. Cependant, tous les locaux ne sont pas adaptés pour l'accueil des personnes à mobilité réduite. Les CMP Pasteur et Milandy possèdent des escaliers, sans possibilités de contournement.

Les équipements informatiques adaptés, même si les délais d'accès au DPI sont plus long sur les unités de soins extérieures; ceci est constaté sur l'hôpital de jour Mylandi.

Un service de radio est implanté sur le CH Georges Mazurelle. Le matériel d'urgence est fonctionnel et rapidement accessible; il est maintenu régulièrement. Cette maintenance est tracée comme constaté lors des visites de terrain. Un plan de la localisation des DSA est disponible sur l'ensemble de l'établissement.

Les ressources sont en adéquation avec les besoins, en quantité et en qualité

## DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La prise en charge du patient est établie en fonction d'une évaluation initiale de son état de santé et de l'ensemble de ses besoins effectuée dès son arrivée par les IDE essentiellement et d'autre part repose sur un examen médical effectué par le psychiatre du pôle, l'interne ou le médecin de garde comme constaté sur le dossier des patients traceurs n°1 et n°5.

Un Projet de soin personnalisé est posé à l'entrée. Il sera revu au cours de réunions de synthèse pluridisciplinaire à période plus ou moins rapprochée selon la clinique, le patient en est informé. Cependant la réflexion bénéfice-risque n'est pas tracée. En effet, lors des visites de terrain, la réflexion bénéfice risque n'est pas toujours retrouvée même pour des prescriptions sensibles comme la prescription d'ECT sur le pôle Pré Haut ou une mise en chambre d'isolement sur le pôle UHSO pour une MCI.

L'intégration d'un volet somatique dans le projet de prise en charge est systématique et repose sur l'intervention du médecin généraliste dans les unités d'hospitalisation à temps plein comme constaté sur l'ensemble des unités lors des visites de terrain (en psychiatrie infanto-juvénile, il est fait appel à un pédiatre). En cas de besoin il est fait appel à des consultations de spécialistes réalisée sur le CHD voisin.

Les éléments du dépistage des troubles nutritionnels sont souvent recherchés. Il peut être fait appel à la diététicienne comme dans le pôle « Petit Victor » en pédo psychiatrie, et ce en lien avec le CLAN, pour améliorer les menus proposés qui ne comportaient pas assez de féculents. Cependant le dépistage et suivi des troubles nutritionnels n'est pas systématiquement tracé dans le dossier du patient. En hôpital de jour Milandy seuls les patients en atelier cuisine sont pesés régulièrement. Les visites de terrain et la consultation des dossiers lors de ces visites ont confirmé un recueil très aléatoire. Ce constat est confirmé par les derniers recueils IPAQSS

La recherche du risque suicidaire n'est pas systématiquement tracé dans le dossier. Lors de la visite des pôles Petit Victor, Pré haut et l'hôpital de jour Mylandi on ne retrouve pas systématiquement la trace de la recherche du risque suicidaire. Il n'y a aucune trace de l'évaluation suicidaire dans le dossier du patient traceur n°5 en UHSO. La structuration du dossier ne permet pas de retrouver rapidement cette évaluation de par sa dispersion sur l'ensemble des écrits professionnels.

L'évaluation de la douleur est effectuée avec une EVA ou une EVS dans les unités adultes. La pédo psychiatrie expérimente l'échelle FLACC. En cas de non douleur le renouvellement de cette évaluation n'est pas systématique mais répond à la plainte du patient. Cependant, la douleur n'est pas systématiquement évaluée. Pour un patient traceur (n° 5 - USLO) et sur le terrain en hôpital de jour (Milandy) on ne retrouve pas de trace d'évaluation de la douleur. Pour l'autre patient traceur (n°1 - UHNO) l'évaluation est faite 15 jours après l'entrée chez une patiente connue pour ses troubles algiques. Le personnel de Pré Haut évoque une traçabilité non systématique.

Le dispositif de prise en charge des urgences vitales est opérationnelle. Un sac d'urgence, facilement transportable et sécurisé, est opérationnel, identifié et facilement accessible dans chaque bâtiment ou unité. Une procédure établit l'organisation des appels pour urgence vitale en hospitalisation temps complet. La maintenance des sacs est assurée et le suivi des péremptions tous les 3 mois est effectif

comme constaté lors des visites de terrain.

La coordination des soins s'appuie sur des temps d'échanges formalisés lors du changement d'équipes ( transmissions de 15minutes), des réunions pluridisciplinaires au moins une fois par semaine et l'accès à l'information circulante à travers le dossier informatisé.

Le programme d'éducation thérapeutique du patient diabétique du CHD voisin est connu de quelques professionnels ( PréHaut et CMPI) mais rarement proposé.

La préparation de la sortie s'effectue en lien avec les structures d'aval, le patient et l'entourage comme constaté lors du patient traceur N° 5. Cependant, l'organisation de la sortie des patients permettant d'assurer la continuité et la sécurité des soins n'est pas systématiquement respectée.

Une enquête de satisfaction effectuée en décembre 2014 des correspondants locaux corrobore le fait d'un envoi tardif des courriers de sortie comme le prouve l'indicateur DEC.

Il existe si besoin une articulation avec les services de soins de suite et de réadaptation qui est effectuée à travers le logiciel via trajectoire, même s'il est vécu comme inadapté.

Par ailleurs, de nombreuses activités thérapeutiques sont proposées aux patients, tant dans le domaine des activités physiques ou sportives que culturelles et sociales dans le cadre de la fédération des thérapies médiatisées. Le fonctionnement des pôles est assuré et les circuits identifiés sont respectés comme l'ouverture systématique des dossiers par le bureau des usagers afin de sécuriser l'identité vigilance à ce niveau, ou la recherche des lits disponibles par ce même bureau des usagers par exemple.

Les instances opérationnelles sont bien repérées et se réunissent régulièrement. Un staff pluridisciplinaire par semaine déclenche la mise à jour du dossier de chaque patient étudié. Il existe des réunions de service qui sont plus espacées et au cours desquelles sont évoquées les problématiques de fonctionnement du service comme la "ROF" à Simblandière.

Les réunions entre l'encadrement de proximité et les cadres supérieurs portant sur l'organisation ont lieu tous les 15 jours. Elles donnent lieu à des comptes rendus.

Sur le plan médical la CME s'est réunie au moins 5 fois par an en 2015.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le CH Georges Mazurelle a mis en œuvre un dispositif d'évaluation périodique et de suivi du parcours patient, notamment à l'aide d'indicateurs et de tableaux de bord.

Les recueils des indicateurs nationaux de pratique est effectué par le pilotage institutionnel et renvoyé sur chaque Pôle. Les indicateurs, délai d'envoi des courriers en fin de séjour et dépistage des troubles nutritionnels sont recueillis chaque année lors des campagnes nationales et hors protocole HAS. Les résultats des trois dernières campagnes restent en deçà des seuils attendus.

Des indicateurs d'établissement comme la traçabilité des examens psychiatriques sont également étudiés. Ils font l'objet d'un suivi annuel (au delà du recueil des IQSS) service par service. Ce suivi a permis d'engager des actions correctives comme sur le pôle Fédération de Géroto Psychiatrie (FGP) courts séjours concernant la notification du poids et de l'IMC conforme en 2015 aux seuils attendus. Ils font l'objet d'un suivi annuel (au delà du recueil des IQSS) service par service.

Des EPP sont en place et donnent lieu à des réunions d'évaluation comme sur la prise en charge de la douleur pour laquelle le 14 septembre 2015 le bilan de l'audit pour 2015 a fait l'objet de divers résultats avec développement de 3 actions suivies par le CLUD.

Cependant les actions d'amélioration pour la recherche du trouble nutritionnel et du délai d'envoi des courriers n'apportent pas les effets escomptés. Les IPAQSS "dépistage des troubles nutritionnel" et "délai d'envoi des courriers" sont en deçà des seuils attendus au cours des trois campagnes de recueil (2011, 2013 et 2015) et sans progression significative entre chaque campagne.

## A / AGIR

### MISE EN PLACE DES ACTIONS D'AMÉLIORATION ET COMMUNICATION SUR LES RÉSULTATS

L'établissement, qui a mis en place un dispositif d'amélioration continue, assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sur la base d'outils identifiés. Les actions d'amélioration sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel.

Ce dispositif institutionnel se situe à deux niveaux, réunions mensuelles entre le pilotage institutionnel et l'encadrement supérieur puis réunions tous les 15 jours au sein des unités pour échanger entre autre sur les programmes d'actions concernant leur projet de pôle et leurs résultats d'évaluation. La responsable qualité intervient dans les unités pour appuyer le discours de l'encadrement.

Certaines actions sont spécifiques à des unités comme l'amélioration des relations entre la maison des adolescents et le CMP Mylandi qui était embolisé par des accueils d'adolescents ne relevant pas de la psychiatrie. Après avoir révisé le mode d'intervention sur la maison des adolescents le nombre d'inadéquats a considérablement diminué.

La communication des résultats d'évaluation et actions d'amélioration se fait à partir de réunions associées à la diffusion d'un journal « Hopital Sud Info", diffusé tant en interne qu'en externe.  
Les résultats nationaux sont affichés dans la grande majorité des unités et les lieux d'accueil même si les unités de jour visitées (FMT et Mylandi) n'ont pas affiché ces indicateurs. La participation des usagers au copil qualité favorise la communication.

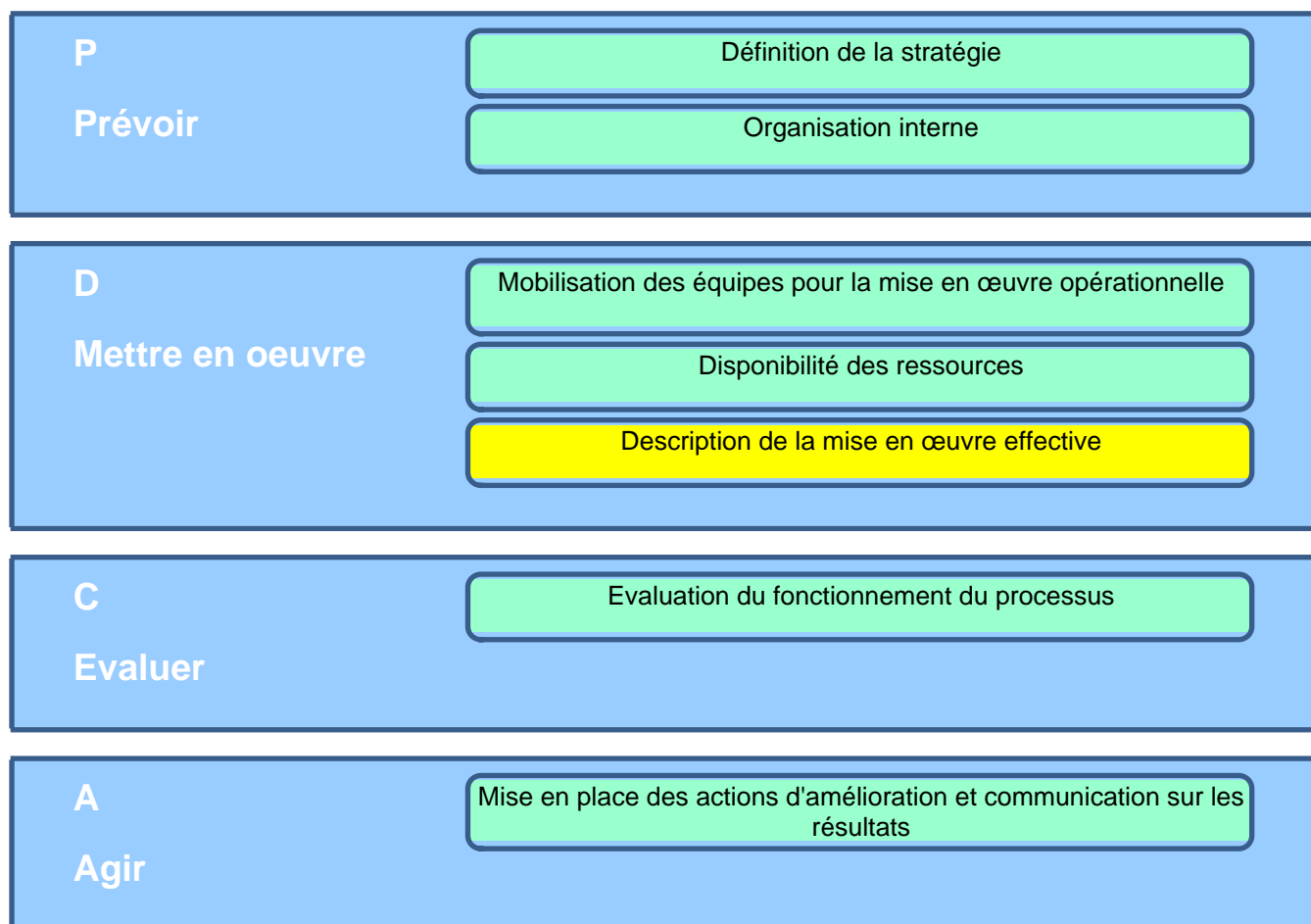
# DOSSIER PATIENT

## 1. Caractérisation générale

L'investigation de la thématique « Dossier patient » vise à évaluer que l'établissement a défini une organisation qui garantit que le dossier, outil central de partage des informations, assure la coordination des soins. Compte tenu de la multiplicité des intervenants autour du dossier du patient et de la complexité qui en résulte, une identification des risques inhérents à son utilisation doit contribuer à lui assurer sa fonction d'élément clé de la qualité et de la sécurité des soins dans le cadre de prises en charge pluri professionnelles et pluridisciplinaires. Ces approches se doivent d'intégrer l'accessibilité du patient à son dossier en référence à la réglementation en vigueur.

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

Le projet d'établissement 2014 - 2018 comporte un volet "projet qualité et gestion des risques du parcours de soins et de la prise en charge des patients" avec l'objectif de poursuivre l'amélioration de la gestion du dossier patient. Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens 2012 - 2017 comporte un volet qualité et sécurité des soins avec l'objectif suivant : améliorer la tenue dossier du patient par l'élaboration d'un guide d'utilisation du dossier du patient, la sensibilisation des personnels médicaux et paramédicaux et l'amélioration des délais d'envoi et du contenu des courriers de sortie.

L'identification et l'analyse des risques ont été réalisées selon une méthodologie définie par le COPIL Qualité et Sécurité des Soins. Les principaux risques identifiés figurent dans le Compte Qualité et dans le PAQSS ; ils sont hiérarchisés, des objectifs sont fixés et un plan d'actions avec échéancier et modalités de suivi est réalisé. Une cartographie du processus dossier du patient a été élaborée. Pour identifier ses risques, l'établissement s'est appuyé sur les résultats des indicateurs IQSS de tenue du dossier du patient, réalisés annuellement, qui font état d'un score à améliorer, repéré dans le plan d'actions.

Les indicateurs Hôpital Numérique sont également recueillis.

Le dossier du patient n'a pas fait l'objet de recommandation dans la précédente itération.

Des données du dossier sont utilisés dans le cadre d'EPP réalisées (Pertinence des prescriptions de soins en chambre d'isolement, évaluation de la pertinence des prescriptions de transports patients...)

Des actions d'amélioration sont identifiées et sont inscrites (améliorer les connaissances et pratiques des professionnels pour la tenue du dossier patient...) dans le Programme d'Amélioration Qualité et Sécurité des Soins (PAQSS). Les actions prioritaires du PAQSS figurent dans le compte qualité. Le PAQSS est validé par le COPIL. Il est présenté dans les instances de l'établissement.

Le compte qualité est articulé avec le PAQSS institutionnel.

**ORGANISATION INTERNE**

Le pilotage de la Politique de gestion du dossier patient est assuré par le médecin DIM et le Collège FIRM (Fédération de l'information et de la Recherche Médicale). Ce collège est composé de représentants médicaux des Pôles de psychiatrie générale, dont l'USLD inclus dans le pôle de gériopsychiatrie, de pédopsychiatrie, de psychiatrie de l'adolescent et du Pôle Médico-Pharmaceutique. Y sont également conviés : le Directeur général, le Directeur des soins, le Directeur adjoint chargé du système d'information, l'ingénieur informatique et une technicienne d'information médicale.

Le sous processus d'archivage du dossier est piloté conjointement par le médecin DIM, le Directeur des ressources humaines et une archiviste. Le processus d'accès du patient à son dossier est piloté par la Direction des usagers et plus particulièrement par la responsable du bureau des usagers.

L'établissement a fait le choix de ne pas désigner de référent du dossier patient.

L'informatisation du dossier patient au CH G Mazurelle a débuté en 2004 et s'est déployée progressivement pour devenir complètement opérationnelle en 2007. Le dossier informatisé est la référence de la prise en charge du patient. Il est installé dans l'ensemble des structures tant en intra-hospitalier qu'en extra-hospitalier, permettant une communication entre professionnels participant à la prise en charge du patient. Un dossier papier est conservé pour réunir les courriers des praticiens extérieurs, les comptes-rendus des examens complémentaires.

Les accès et responsabilités des utilisateurs sont déterminés par des groupes utilisateurs définis. Les règles d'accès au dossier sont gérées au niveau du logiciel du dossier patient en fonction du statut du professionnel avec droits d'accès complets ou restrictifs. Dix huit groupes utilisateurs sont notés dans le guide technique. L'accès au logiciel se fait avec identifiant et mot de passe. Le mot de passe est changé tous les 90 jours.

L'établissement organise la formation de tout nouvel utilisateur (médical et non médical), qui s'engage au respect des règles de tenue et de consultation du dossier par la signature d'une charte utilisateur. Un guide de la prescription est remis aux médecins lors de la formation à l'utilisation du dossier patient.

Des formations aux règles d'identitovigilance dans la gestion du dossier ont été organisées ces 2 dernières années (27 participants en 2014 et 21 en 2015).

Depuis 2016, une sensibilisation en interne est inscrite au plan de formation. Néanmoins, la formation continue à la gestion du dossier du patient n'est pas organisée. Le plan de formation ne comporte pas de formation « remise à niveau » des connaissances sur le dossier de soins.

Le dispositif de gestion électronique documentaire intégrant les procédures validées est structuré.

L'établissement a formalisé une procédure dossier patient en 2009 qui comporte la politique et le guide d'utilisation du dossier. Elle rappelle l'historique de mise en œuvre du dossier papier informatisé et reprend les règles de tenue et de gestion du dossier. Elle est complétée par un guide technique d'utilisation depuis mars 2013. Cependant, les règles de tenue du dossier ne sont pas toutes formalisées et diffusées comme par exemple les procédures relatives à l'archivage qui sont en cours de validation et



de diffusion (accès aux archives 24/24, versement d'un dossier aux archives, sortie, destruction), ainsi que la procédure sur le fonctionnement en mode dégradé en cas de panne informatique qui n'est pas élaborée. Le numéro IPP (Identification Permanente du Patient) est l'identifiant unique du dossier patient et de toutes ses pièces constitutives. Ce numéro est généré lors d'une première consultation ou hospitalisation d'un patient. Afin d'éviter les doublons, une fiche technique d'aide à la création de l'identification patient et de la gestion des doublons a été élaborée et diffusée dans la base documentaire.

L'établissement a élaboré les procédures de transmission du dossier patient en 2005. Elles ont été mise à jour en 2013. Ces documents définissent les différentes modalités d'accès au dossier pour les patients ou les ayants droits de patients décédés, pour les patients en soins libres ou sous contrainte, pour les patients mineurs.

Des informations sur le droit d'accès figurent dans le livret d'accueil et dans le règlement intérieur de l'établissement. Elles figurent également dans la charte de l'utilisateur en santé mentale affichée dans les unités de soins.

Les délais réglementaires d'accès au dossier sont suivis par la responsable du bureau des usagers. Cependant, ils ne sont pas tous respectés dans les délais définis par la réglementation. Ces délais, ainsi que le nombre annuel de demandes, et le suivi des actions réalisées sont communiqués à la CRUQPEC et figurent dans son bilan annuel. Les équipements adéquats sont prévus : logiciel dossier du patient, ordinateurs fixes en nombre suffisant. Le tri et le circuit d'élimination des papiers confidentiels sont organisés.

Les bureaux de soins sont sécurisés et tenus fermés à clé en l'absence du personnel.

Le processus d'archivage est défini suivant la réglementation. Au terme d'une prise en charge, un archivage intermédiaire est réalisé par les secrétariats médicaux, sous la responsabilité des chefs de pôles pour une durée de 5 ans avant d'être reversé aux archives centrales.

## D / METTRE EN OEUVRE

### MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le pilote du processus dossier patient et la FIRM organisent la déclinaison de la démarche du dossier patient de la constitution du dossier à son archivage. Le DIM/FIRM s'assure de la conformité des éléments du dossier du patient. Le passage au full web du logiciel dossier papier est programmé pour 2017. Les pilotes ont décliné une démarche projet qui présente les différentes étapes nécessaires à ce passage essentiel au fonctionnement et à l'organisation du logiciel. Des chefs de projets sont nommés et des comités (pilotage et technique) créés. Des groupes de travail professionnels sont définis. Un échéancier prévisionnel de déploiement et d'assistance technique des utilisateurs au sein des unités lors du déploiement est réalisé. Cette démarche a fait l'objet d'une présentation en collège FIRM.

Les pilotes du processus sensibilisent et informent régulièrement les professionnels sur la gestion du dossier et les améliorations mises en œuvre.

Les résultats des indicateurs IQSS sont communiqués aux responsables de service ou d'unités. Cependant, les rencontres des professionnels de terrain ont montré une méconnaissance des professionnels sur leurs résultats d'indicateurs de tenue du dossier patient.

Certains responsables de service ou d'unités apportent une attention particulière à la tenue du dossier patient en réalisant un contrôle de la saisie des données du patient, comme la surveillance des constantes, les éléments d'identité du patient. Néanmoins, certains responsables de service ou d'unités ne s'assurent pas du respect des bonnes pratiques de gestion du dossier du patient. En effet, des responsables médicaux et non médicaux de certaines unités ne s'assurent pas de la traçabilité des données dans le dossier du patient par une évaluation périodique des pratiques de saisie ou la connaissance par les professionnels des documents diffusés dans la gestion électronique documentaire. Ce constat a été fait tant sur les unités d'admission, de réhabilitation que sur les structures d'hospitalisation à temps partiel.

Les locaux d'archivage centralisés sont localisés dans 5 salles d'archives réparties sur deux bâtiments réaménagés. Cependant, deux salles ne satisfont pas entièrement aux exigences réglementaires. Les murs d'une des salles d'archive sont très humides ; la moisissure est apparente et il se dégage une forte odeur d'humidité. La détection incendie de l'une des autres salles n'est pas en place : les travaux sont programmés d'ici la fin de l'année.

Des actions de communication sur le suivi du dossier du patient sont réalisées par le DIM et la FIRM dans les instances COPIL et CME.

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Un pilote et une structure pilote sont en place : le DIM et le collège de la Fédération de l'Information et de la Recherche Médicale (FIRM).

L'effectif de la FIRM est de 2,5 agents, experts du logiciel, qui assurent le suivi du dossier patient (hotline) et les formations des nouveaux recrutés.

Les procédures, modes opératoires et fiches techniques spécifiques sont à disposition des équipes soignantes dans la gestion électronique documentaire accessible à l'ensemble des sites. La GED est la seule référence de la documentation. A ce titre, les classeurs papier ont été supprimés dans la plupart des unités de soins. Le guide technique fournit à l'aide de copies d'écran les marches à suivre pas à pas. Les procédures sont actualisées dans la GED. Cependant, la fiabilité de la gestion documentaire est partiellement garantie. En effet, il existe des classeurs non actualisés (procédure obsolète de 2003) dans plusieurs unités de soins (le Cullère, UHNO). Des équipements adaptés à la gestion du dossier patient sont en place. Les postes de soins et la pharmacie interne sont dotés d'ordinateurs fixes en nombre nécessaire à l'activité. Des interventions ponctuelles des services informatiques et techniques sont déclenchées lors de difficultés d'accès aux données du patient. Un Plan de Reprise d'Activité est opérationnel comme le confirment les indicateurs Hôpital Numérique.

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels accèdent au dossier du patient en s'identifiant au moyen d'un identifiant et d'un mot de passe. Concernant les données issues des hospitalisations antérieures, elles sont accessibles dès l'ouverture du dossier informatisé si le patient a déjà hospitalisé ou s'il est suivi en ambulatoire. Les données papier sont accessibles aux archives centrales.

Lors de l'admission ou de l'accueil du patient, le dossier est constitué : les infirmiers qui accueillent le patient saisissent les données administratives à l'aide d'une pièce d'identité. Ils les communiquent au bureau des usagers qui crée le dossier. En dehors des heures d'ouverture du bureau des usagers, le dossier est créé à l'accueil. Le dossier est ensuite complété par l'infirmier avec les données issues de l'entretien infirmier.

Le projet de soins est élaboré avec le médecin ; il est tracé dans l'onglet synthèses du dossier ainsi que les prescriptions médicales entourant la prise en charge : traitement médicamenteux, prescriptions médicales de soins de médiation individuels ou de groupes, prescriptions particulières).

Les projets de soins sont réévalués selon les périodicités fixées dans les unités de soins ou dès que nécessaire. De nombreuses fiches de traçabilité sont tenues à jour par les professionnels qui contribuent à la prise en charge : transmissions infirmières, suivi d'ateliers de médiation...

Cependant, lors des visites de terrain, il a été constaté que les éléments constitutifs de la prise en charge du patient ne sont pas toujours tracés dans le dossier patient informatisé. Certains éléments de prise en charge n'y figurent pas, notamment la notion de personne de confiance, l'IMC, le dépistage de la douleur, etc.

Le constat que certains professionnels (psychologues par exemple) n'utilisent pas le dossier du patient comme support de traçabilité est aussi réalisé.

Enfin, Il a été noté que le dossier du patient informatisé n'est pas utilisé sur l'un des secteurs du pôle de pédopsychiatrie (pôle nord).

De même, les patients traceurs réalisés ont permis de constater que l'utilisation du dossier patient informatisé n'est pas homogène sur l'ensemble des pôles. La structuration et le paramétrage du dossier informatisé, construit à partir du dossier papier pré-existant et constitué de nombreux onglets demandés par les différents pôles, ne permet pas une homogénéité d'utilisation du dossier sur l'établissement ce qui entraîne des difficultés dans la traçabilité des données ainsi que dans la recherche d'éléments de coordination et de continuité des soins.

Une gestion électronique des documents est accessible à tous les professionnels. Cependant, il a été constaté au cours de la visite que la gestion électronique documentaire est peu consultée. La procédure politique et le guide d'utilisation du dossier patient ainsi que le guide technique, accessibles dans la gestion électronique documentaire, sont mal connus des professionnels.

Les documents personnels (carte vitale, carte d'identité), la lettre d'admission, les courriers médicaux sont conservés dans le dossier papier.

Les certificats d'hospitalisation des patients hospitalisés sans consentement sont scannés dans le dossier informatisé.

Les interfaces avec la pharmacie sont effectives pour la gestion du traitement médicamenteux.

Les examens de biologie médicale sont gérés avec un laboratoire extérieur. Les résultats sont transmis sur un serveur indépendant.

Après la sortie, le dossier est archivé pendant 5 ans dans le secrétariat médical du service puis est versé aux archives centrales situés dans l'établissement.

Le processus d'information du patient sur les droits d'accès à son dossier est mis en œuvre par les infirmiers. Lors de l'admission du patient, le livret d'accueil est mis à disposition dans la chambre du patient. Les professionnels apportent des compléments d'information et des précisions si le patient le souhaite.

Le dispositif d'accès du patient à son dossier est opérationnel. Quatre vingt deux demandes ont été recensées en 2015.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement recueille l'indicateur "Tenue du dossier patient". Les résultats des indicateurs IPAQSS sont transmis dans les secteurs d'activité (résultats globaux et par secteurs). L'établissement a fait le choix de conserver un recueil annuel.

Cependant, le dossier du patient n'est pas évalué dans tous les pôles. Pour les secteurs d'activité qui ne sont pas concernés par les indicateurs IPAQSS (pédopsychiatrie, USLD), il n'y a pas d'évaluation spécifique de la tenue du dossier patient.

Les résultats de ces indicateurs sont utilisés lors des réunions de contractualisation Pôle/Direction et figurent dans les contrats de Pôles avec des objectifs d'amélioration si nécessaires. Les résultats sont diffusés pour l'établissement et par secteur d'activité concerné. Les indicateurs IQSS calculés annuellement restent stables. Ils témoignent d'une stagnation depuis les 3 dernières années.

Les données issues du dossier du patient sont également utilisées pour réaliser un audit clinique ou une EPP sur des thématiques spécifiques : évaluation de la pertinence des prescriptions de soins en chambre d'isolement, évaluation de la pertinence des prescriptions de transports patients.

Un affichage des indicateurs figure dans les services de soins et au bureau des usagers.

L'accès du patient à son dossier est assuré. Cependant, cet accès ne se fait pas toujours dans les délais définis par la réglementation. Les délais légaux d'envoi du dossier au patient lors d'une demande d'accès du patient ou de ses ayant droits à son dossier, de - de 5 ans et de + de 5 ans, ne sont pas toujours respectés.

## A / AGIR

### MISE EN PLACE DES ACTIONS D'AMÉLIORATION ET COMMUNICATION SUR LES RÉSULTATS

Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées dans le suivi du PAQSS. Le plan d'action n° 9 est consacré à la gestion du dossier patient. Il comporte des actions pour sécuriser le système d'information.

Néanmoins, les actions d'amélioration engagées ne conduisent pas aux améliorations nécessaires. En effet, elles n'ont pas permis de faire progresser les scores IQSS sur 3 dernières années, notamment en ce qui concerne la traçabilité de la mention de la mesure de protection judiciaire, la traçabilité d'un examen psychiatrique fait dans les 24 heures suivant l'admission et la traçabilité de la présence d'un suivi hebdomadaire psychiatrique au cours du séjour.

Ces actions sont validées par le COPIL Qualité et Sécurité des Soins. Elles sont suivies par le DIM et la FIRM de l'établissement avec un calendrier formalisé.

La communication est réalisée sur les résultats d'évaluation et les actions d'amélioration dans toutes les instances de l'établissement.

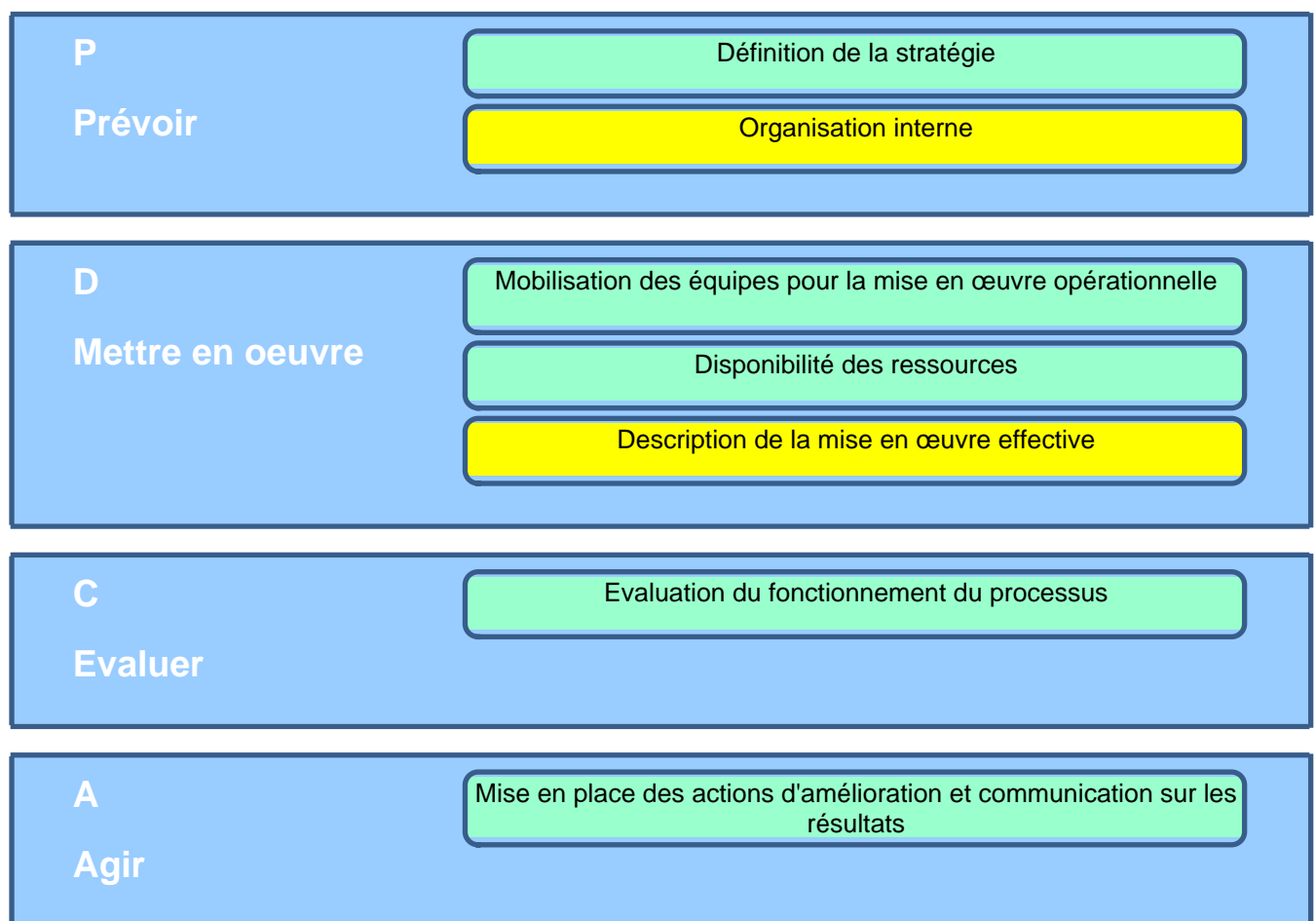
# MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

## 1. Caractérisation générale

L'évaluation de cette thématique vise à s'assurer de la mise en place et du suivi par l'établissement d'une politique / programme d'amélioration de la sécurité et de la qualité de la prise en charge médicamenteuse visant la lutte contre la iatrogénie médicamenteuse, la pertinence et la continuité des traitements médicamenteux, par une approche concertée et pluridisciplinaire.

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

Il existe une stratégie et des objectifs définis en matière de prise en charge médicamenteuse, élaborés sur la base d'une identification du contexte, des missions, des indicateurs de suivi mis en place par l'établissement, des EPP en place, des décisions en cours sur la prise en charge médicamenteuse, sur le bon usage des antibiotiques et de l'analyse des risques propres à l'établissement. Les objectifs définis sont intégrés dans le projet d'établissement 2014/2018, notamment ceux concernant l'administration des médicaments et le bon usage des antibiotiques.

La stratégie de l'établissement a été formalisée dans un contrat du bon usage du médicament signé avec l'Agence Régionale de Santé en janvier 2015. Ce contrat intègre les priorités régionales sur la prise en charge médicamenteuse du sujet âgé, la continuité du traitement et l'analyse pharmaceutique.

Le projet d'informatisation du circuit du médicament en lien avec le système d'information a été mené à son terme. A ce jour, l'informatisation complète de la prise en charge médicamenteuse est effective sur l'ensemble de l'établissement, toutes structures confondues et confirmée par les indicateurs Hôpital Numérique.

La politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse intègre des dispositions spécifiques au sujet âgé. A ce titre, des recommandations aux prescripteurs sont disponibles depuis octobre 2012. Par ailleurs, la pertinence des prescriptions chez le sujet âgé est évaluée régulièrement depuis 2012.

Cette stratégie, validée par les instances concernées, est déclinée dans un programme d'action pluriannuel spécifique au circuit du médicament. Ce programme, formalisé et priorisé, est intégré au PAQSS institutionnel. Une cartographie des risques a été menée en 2015 avec l'outil "Inter Diag" de l'ANAP. Les risques prioritaires ont été définis et hiérarchisés dans le compte qualité selon une méthodologie définie. Les plans d'action sont formalisés dans le PAQSS 2014/2018, dans la fiche action n°2 pour le risque infectieux, dans la fiche action n° 11 pour la prise en charge médicamenteuse. La traçabilité de l'administration des médicaments, le bon usage des antibiotiques et le signalement des erreurs médicamenteuses sont des points prioritaires.

Le compte qualité est articulé avec le PAQSS.

**ORGANISATION INTERNE**

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus. Le programme des actions prioritaires est piloté par le responsable médical en charge du management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse avec le concours du COMEDIMS. Une commission Antibiothérapie est en place au sein de la COMEDIMS.

Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches de poste des professionnels, qu'il s'agisse du médecin responsable du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse, des pharmaciens, des préparatrices en pharmacie ou des infirmiers référents pharmacie en place dans les unités de soins. De même, un référent médical en antibiothérapie est en place depuis 2012.

Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement organise la réponse à ses besoins en ressources humaines, matérielles et documentaires nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixé.

En matière de ressources humaines, la sensibilisation des professionnels paramédicaux sur la prise en charge médicamenteuse est organisée dans le cadre de deux actions, la consolidation des savoirs en psychiatrie et la sécurité des soins et la gestion des risques en établissement de santé. Ces deux programmes contiennent un module sur le circuit du médicament. Cependant, des actions régulières de formation aux risques d'erreurs médicamenteuses ne sont pas organisées dans l'établissement. En effet, les plans de formation 2014, 2015 et 2016 ne mentionnent pas d'actions de formation relatives aux risques d'erreurs médicamenteuses

Sur le plan des ressources documentaires, une gestion électronique des documents est en place sur le site intranet de l'établissement. Des procédures relatives à la prescription et à l'administration des médicaments ainsi que de nombreux documents d'information sur le bon usage des médicaments sont disponibles et accessibles à l'ensemble des professionnels médicaux et paramédicaux. Les procédures spécifiques à la dispensation des médicaments sont en cours de relecture ou de rédaction.

Sur le plan des ressources matérielles, les locaux, matériels, notamment informatiques ainsi que les équipements permettent le déroulement du processus de prise en charge médicamenteuse.

La permanence pharmaceutique est organisée pour ce qui concerne la présence des pharmaciens du lundi au samedi matin. En dehors des horaires d'ouverture de la PUI, une astreinte pharmaceutique est assurée 7 jours sur 7 et 24h sur 24h. L'accès à la PUI est limité aux personnes habilitées, les pharmaciens et le service sécurité.

Cependant, la dotation pour besoins urgents n'est pas définie à ce jour même si un travail a été engagé par le pharmacien pour définir cette dotation et en formaliser le recours aux professionnels. Aussi, en cas

de besoin urgent d'un médicament, l'unité concernée recherche dans les autres unités si le médicament est présent sans qu'il existe de procédure particulière.

Les règles et supports de prescriptions sont définis et validés pour l'ensemble des médecins, psychiatres et internes. Les prescripteurs disposent d'un logiciel d'aide à la prescription. Un livret thérapeutique actualisé régulièrement est disponible sur le site intranet.

Le recueil des erreurs médicamenteuses est organisé dans le cadre de la déclaration des événements indésirables sur un support informatisé. Une méthodologie d'analyse des erreurs médicamenteuses est en place. Deux analyses des causes profondes sur des erreurs liés au circuit du médicament ont été conduites depuis 2013.

La gestion des interfaces et des circuits est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité. Dans ce cadre, le pharmacien peut accéder aux données cliniques du patient, aux résultats biologiques. Les prescripteurs sont informés par le pharmacien de la validation de l'ordonnance via le logiciel de prescription. Les avis pharmaceutiques sont donnés par téléphone aux praticiens concernés.

Sur le Bon usage des antibiotiques, le médecin généraliste, président du CLIN, participe aux travaux menés sur l'antibiothérapie à l'hôpital général de la Roche sur Yon.

## D / METTRE EN ŒUVRE

### MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les plans d'action institutionnels sont déclinés dans les pôles et dans les fédérations de l'établissement, comme par exemple sur le bon usage des antibiotiques, la traçabilité de l'administration des médicaments, le signalement des erreurs médicamenteuses. Les contrats de pôles établis entre la direction et les chefs de pôles prévoient le recueil des indicateurs qualitatifs sur la tenue du dossier patient relatifs à la conformité des prescriptions médicales durant l'hospitalisation et à la sortie, au bon usage des antibiotiques et le suivi des EPP.

Les pharmaciens et le responsable qualité sensibilisent dans le cadre des visites de service les professionnels paramédicaux aux bonnes pratiques d'administration des médicaments. Des relais sont assurés par l'encadrement lors des réunions de service.

Des responsables de service et d'unité s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et informent les professionnels de leurs résultats. Cependant, certains responsables de service ou d'unité ne s'assurent pas de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues. En effet, des responsables médicaux et non médicaux de certaines unités ne mènent pas d'évaluation périodique des pratiques tant sur l'administration des médicaments que sur l'information des patients au bon usage des médicaments ou la connaissance par les professionnels des documents qualité relatifs au médicament. Ce constat a été fait tant sur les unités d'admission, de réhabilitation que sur les structures d'hospitalisation à temps partiel. Par ailleurs, les rencontres des professionnels de terrain ont montré une méconnaissance des professionnels sur leurs résultats à la suite de l'audit mené en janvier 2016 sur la validation de l'administration des médicaments. De même, l'information des professionnels sur le signalement des erreurs médicamenteuses reste très hétérogène selon les unités, voire au sein d'une même unité. Certains responsables ne connaissaient pas le nombre d'erreurs médicamenteuses de leur unité ou le taux de traçabilité de l'administration des médicaments.

Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin et mises en œuvre par les responsables comme par exemple sur les relevés de température dans les unités pour les médicaments thermosensibles, la formalisation des procédures relatives à la dispensation des médicaments, la traçabilité de l'administration des médicaments et la mise en place de dotations pour besoins urgents. Cependant, les actions correctives demandées ne sont pas toujours mises en œuvre, comme par exemple sur la traçabilité de la réévaluation de l'antibiothérapie entre la 24ème et 72ème heure.

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences sont disponibles dans l'établissement tant au niveau de la pharmacie, des services de soins avec les infirmiers référents que des prescripteurs. La sensibilisation des professionnels au bon usage des médicaments est engagée par les pharmaciens, notamment dans le cadre de la préparation de la visite de certification. La responsable qualité est formé à l'analyse des causes profondes.

La documentation relative à la prise en charge médicamenteuse, y compris celle du sujet âgé est disponible via la gestion électronique des documents en place sur l'intranet. Une lettre semestrielle du COMEDIMS vient d'être lancée en septembre 2016 à l'initiative des responsables pour sensibiliser tous les professionnels concernés au bon usage des médicaments et sur les risques liés aux circuits du médicament.

Pour ce qui concerne le Bon Usage des Antibiotiques, une procédure générale est en place ainsi que dix protocoles d'antibiothérapie selon les infections rencontrées. De même, un protocole sur le broyage des médicaments et l'ouverture des gélules est disponible.

En matière de locaux et d'équipements, tous les bureaux et la majorité des salles de soins sont dotés de postes informatiques permettant d'accéder au logiciel de prescription et à la documentation. En cas de panne informatique, un PRA est en place et permet selon une procédure dégradée d'accéder à la dernière

ordonnance tout en sachant que la dernière ordonnance est toujours imprimée par les infirmiers à des fins d'administration des médicaments.

Les locaux de la PUI sont sécurisés sur la majorité des pièces. Cependant, certaines pièces de la PUI ne sont pas entièrement sécurisées. En effet, durant les heures de fermeture de la PUI, les zones d'accueil ne sont pas sécurisées par un système d'alarme. L'établissement s'est engagé à sécuriser cette zone.

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les prescriptions médicales sont conformes aux bonnes pratiques, confirmées par l'indicateur national relatif à la tenue du dossier patient (TDP) et les indicateurs Hôpital Numérique.

L'analyse pharmaceutique a priori du traitement complet des patients est effective pour la majorité des ordonnances du lundi au samedi matin. L'analyse pharmaceutique inclut le traitement personnel du patient. La validation de l'analyse pharmaceutique est tracée dans le dossier patient informatisé. Les avis pharmaceutiques font l'objet d'un échange verbal ou téléphonique entre le pharmacien et le prescripteur. Les avis pharmaceutiques sont conservés à la PUI.

A ce jour, la majorité des prescriptions médicales sont analysées. La délivrance nominative des médicaments est engagée et assurée sur les unités du SLD, et de la Fédération Mosaïque.

Les médicaments nécessitant une surveillance renforcée sont définis dans une liste à l'attention des pharmaciens et des prescripteurs. Cependant, la réévaluation de l'antibiothérapie entre la 24<sup>ème</sup> heure et la 72<sup>ème</sup> n'est pas toujours tracée dans le dossier patient. La réévaluation de l'antibiothérapie entre la 24<sup>ème</sup> heure et la 72<sup>ème</sup> heure est réalisée par le médecin somaticien sans que soit assurée la traçabilité de cette réévaluation dans le dossier. En effet, l'audit réalisé en avril 2016 montre une absence de traçabilité dans la majorité des dossiers patients alors que cette absence de traçabilité concernait une minorité de dossiers lors de l'audit conduit en 2013. Cette absence de traçabilité a été confirmée lors de la rencontre avec le président du CLIN. L'absence de traçabilité de la réévaluation de l'antibiothérapie faisait partie de la décision en cours sur le bon usage des antibiotiques.

Les règles d'administration sont définies dans un protocole en date du 5 avril 2013. La préparation des plumiers est faite par les infirmiers de nuit pour une période de 24h00 à partir d'une dotation globalisée. Cependant, le respect des règles d'administration n'est pas effectif dans la majorité des unités. Dans les unités, UHSO et Le Coteau, les dates d'ouverture des solutés buvables ne sont pas mentionnées sur les flacons en service. De même, il a été constaté, dans l'unité Le Luon, que les médicaments devant être administrés à 12h00 étaient tous déconditionnés à 10h00.

D'une manière générale, l'identification des patients pour la prise des solutés buvables se fait sur le plateau et non pas sur les verres destinés aux patients. Par ailleurs, l'administration des traitements par les IDE, assistés par les AS, se fait en salle à manger. En conséquence, la traçabilité de l'administration des médicaments se fait au retour en salle de soins dans des délais très variables selon les unités ou les professionnels présents. Ces pratiques d'enregistrement sont prévues dans le protocole d'administration en place depuis 2013. Lors des investigations des patients traceurs 1 et 5, elles ont été confirmées, en différé pour le patient traceur n°1, prises du matin et du midi non tracées en milieu d'après midi pour le patient traceur n°5.

La continuité du traitement médicamenteux est assurée de l'admission du patient jusqu'à sa sortie et sa prise en charge éventuelle en ambulatoire ou hospitalisation de jour. Le traitement personnel des patients est recueilli lors du premier entretien infirmier aussi bien en intra qu'extra hospitalier.

Pour les patients hospitalisés à temps partiel ou suivi en ambulatoire, une aide à la préparation des piluliers hebdomadaires est assurée par les infirmiers et fait l'objet d'une traçabilité dans les observations infirmières du dossier patient informatisé. Les injections de NAP pour les patients suivis en ambulatoire sont également tracées dans les observations infirmières car dispensées par les officines de ville.

Les règles de gestion, rangement, transport et stockage des médicaments dans les unités sont conformes aux procédures en place. Le rangement des médicaments à la PUI se fait selon la DCI. Ce rangement est en cours de développement dans les unités de soins. La sécurisation des médicaments est assurée dans des locaux, armoires ou chariots fermés à clé. De même, un relevé de température est fait et tracé chaque jour sur les réfrigérateurs contenant des médicaments thermosensibles. L'hygiène des locaux et des plans de travail est assurée dans les salles de soins comme cela a pu être constaté lors des visites de services.

La traçabilité des actions et activités réalisées est assurée pour ce qui concerne la prescription et la dispensation des médicaments. Sur l'administration des médicaments, la traçabilité est assurée dans la majorité des unités selon le protocole établi dans l'établissement et avec beaucoup d'hétérogénéité comme cela a pu être observé.

L'information des patients et de leurs familles sur le bon usage des médicaments relève de l'initiative personnelle des professionnels, sans formalisme particulier. Cette information se fait dans le cadre d'un colloque singulier avec le médecin et de façon très informelle avec les infirmiers, souvent à la demande du patient. Cette pratique concerne aussi bien les unités hospitalisation à temps plein que les structures extra-hospitalières. Cependant, l'information des patients sur le bon usage des médicaments n'est pas réalisée de manière structurée. En effet, les documents mis à disposition par la pharmacie sur le site intranet, notamment les fiches du réseau PIC, ne sont pas connus des professionnels rencontrés (Unité UHSO/Le Coteau, CMP Pasteur et HJ Printanière) et donc pas remis aux patients. Les circuits sont respectés et les interfaces entre secteurs cliniques et médico-techniques sont opérationnelles, y compris avec le laboratoire du centre hospitalier général.

La COMEDIMS se réunit régulièrement, à raison de quatre réunions par an. Les comptes rendus sont

assurés par le pharmacien et diffusés aux membres du comité puis mis en ligne sur le site intranet à destination de tous les agents.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en oeuvre des actions sur la base d'indicateurs, de tableaux de bord, de bilan d'activité et d'audits de pratiques ou de pertinence.

Sur la prescription médicamenteuse chez le sujet âgé, une évaluation de la pertinence est conduite tous les deux ans, dans le cadre de l'EPP en cours sur ce thème.

Les résultats deux audits de 2012 et 2014 montrent une amélioration des pratiques de prescriptions. Le prochain audit est programmé pour la fin 2016.

La pertinence des prescriptions d'antibiothérapie a été évaluée par deux audits en 2013 et 2016.

Le recueil des indicateurs qualité est réalisé chaque année, lors des campagnes nationales de recueil et hors protocole HAS pour les autres années. Les résultats obtenus confirment la conformité des prescriptions durant l'hospitalisation et à la sortie, y compris sur la campagne de recueil en cours sur l'année 2016.

Par ailleurs, des indicateurs sont suivis par le pharmacien. Ils portent sur le nombre de prescriptions analysées et validées, le nombre des interventions pharmaceutiques, le nombre de signalements d'erreurs médicamenteuses, le nombre d'EIG déclarés et analysés. De même, la traçabilité de l'administration des médicaments fait l'objet d'un audit périodique. Le dernier en date de janvier 2016 montrent des résultats satisfaisants en sachant que cette traçabilité se fait en différé compte tenu de l'organisation en place dans l'établissement et dans des délais variables compte tenu de l'absence de paramétrage des séquences de validation dans le logiciel.

Un audit du circuit du médicament sur les hôpitaux de jour et structures ambulatoires a été réalisé lors du premier trimestre 2016.

Pour ce qui concerne le signalement des erreurs médicamenteuses suivi de façon semestrielle, leur nombre est en diminution sur le 1er semestre 2016. Ces événements indésirables sont suivis par la responsable qualité et le pharmacien et leur analyse portent essentiellement sur les aspects quantitatifs. Cependant, les erreurs médicamenteuses ne font pas l'objet d'une déclaration systématique. En effet, la rencontre des professionnels et des cadres de santé lors des visites de terrains montre une sous-déclaration des erreurs médicamenteuses qui tient d'une part, à la méconnaissance du dispositif de signalement de certains agents et d'autre part, aux réserves des agents à signaler les erreurs, malgré la charte du signalement responsable.

## A / AGIR

### MISE EN PLACE DES ACTIONS D'AMÉLIORATION ET COMMUNICATION SUR LES RÉSULTATS

Les actions d'amélioration mises en oeuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel. Les priorités fixées par les responsables du processus portent sur la traçabilité de la réévaluation de l'antibiothérapie entre la 24ème et 72ème heure, sur le recueil du poids dans les dossiers patients, sur la définition des dotations des unités de soins, sur le classement en DCI, sur la diffusion des documents qualité, sur la rédaction des procédures relatives à la dispensation et sur le signalement et l'analyse des erreurs médicamenteuses.

Des supports et modalités de diffusion sont établis par le pharmacien et le service qualité. Ils portent sur l'ensemble du circuit du médicament et les instances en charge de la prise en charge médicamenteuse. Les supports utilisés sont multiples, intranet, lettre mensuelle et affichage. Dans ce cadre, le COMEDIMS vient de se doter d'une lettre semestrielle dont le premier numéro a été diffusé en septembre 2016.

La communication des résultats et actions est réalisée par le pharmacien, le président du CLIN et la responsable qualité, en interne comme en externe, notamment, auprès des instances CME et CSIRMT, des professionnels, des usagers et des représentants d'usagers.